

## University of Groningen

### Naar meer effect

van Yperen, Tom; Veerman, J.W; Bijl, Bas

*Published in:*  
Zicht op effectiviteit

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

van Yperen, T., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2017). Naar meer effect: Resultaatgerichte ontwikkeling van interventies. In T. van Yperen, J. W. Veerman, & B. Bijl (editors), *Zicht op effectiviteit: Handboek resultaatgerichte ontwikkeling interventies in de jeugdsector* (2 (Fully Revised) redactie, blz. 17-52). Lemniscaat.

#### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

#### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

---

Tom van Yperen, Jan Willem Veerman en Bas Bijl (red.)

# ZICHT OP EFFECTIVITEIT

Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling  
van interventies in de jeugdsector

Nieuwe, volledig herziene en geactualiseerde editie



Dit is een kennismaking met de tweede, geheel herziene en geactualiseerde druk van *Zicht op effectiviteit*. U kunt hier de Inhoudsopgave bekijken, het Voorwoord en Hoofdstuk 1. Mocht dit naar meer smaken dan kunt u het boek bij de boekhandel bestellen of via de gebruikelijke internetadressen. Ook op de website van het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN) treft u informatie aan over het boek ([www.sejn.nl](http://www.sejn.nl)). Eveneens kunt u via deze site Deel II van de vorige druk uit 2008 downloaden, met de hoofdstukken van de pioniers uit die tijd. Deze zijn in de nieuwe druk vervangen door meer actuele voorbeelden, maar bieden onverminderd inspiratie voor de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector.

Tom van Yperen  
Jan Willem Veerman  
Bas Bijl  
(red.)

# Zicht op effectiviteit

Handboek voor  
resultaatgerichte ontwikkeling van  
interventies in de jeugdsector

*Nieuwe, volledig herziene en geactualiseerde editie*

Tweede geheel herziene druk, 2017  
© 2017 T.A. van Yperen / J.W. Veerman / B. Bijl  
Vormgeving omslag: Marc Suvaal

© Lemniscaat b.v., 2017  
ISBN 978 90 477 1003 5

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

Redactie: Tom van Yperen  
Jan Willem Veerman  
Bas Bijl  
(red.)

Druk- en bindwerk: Wilco, Amersfoort

Informatie: Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN)  
[www.sejn.nl](http://www.sejn.nl)

# INHOUD

<b>Voorwoord</b>	11
<b>DEEL I KADER</b>	15
Hoofdstuk 1	
<b>Naar meer effect: Resultaatgerichte ontwikkeling van interventies</b>	
<i>Tom van Yperen, Jan Willem Veerman en Bas Bijl</i>	
1.1 Inleiding	17
1.2 Wat weten we uit effectonderzoek?	23
1.3 Naar Resultaatgerichte Ontwikkeling van interventies (RGOi)	27
1.4 Praktijkgestuurd onderzoek ondersteunt RGOi: effectladder als methodisch kader	33
1.5 Tot slot	48
Hoofdstuk 2	
<b>De actoren verbinden</b>	
<i>Tom van Yperen, Jan Willem Veerman en Bas Bijl</i>	
2.1 Inleiding	53
2.2 De burger/cliënt	54
2.3 De praktijkwerker	57
2.4 De instellingsfunctionaris	60
2.5 De beleidsfunctionaris van de gemeente	63
2.6 De onderzoeker/kenniswerker	68
2.7 Samenvatting en discussie	71
Hoofdstuk 3	
<b>Op weg naar veelbelovend</b>	
<i>Tom van Yperen, Bas Bijl en Jan Willem Veerman</i>	
3.1 Inleiding	77
3.2 Basiselementen van een interventie – het voorwaardelijke niveau	80
3.3 De stap naar veelbelovend: belang van theorie en onderzoek	86
3.4 Orde in een kluwen van factoren	91
3.5 De werkzame elementen: algemeen en specifiek	100
3.6 Interventies, werkzame elementen en flexibele aanpak	103
3.7 Onderzoek voor de beschrijving en theoretische onderbouwing	109
3.8 Tot slot	112

## Hoofdstuk 4

**Een kwestie van bewijzen...***Bas Bijl, Tom van Yperen en Jan Willem Veerman*

4.1	Gemakkelijk gezegd, moeilijker te meten	115
4.2	Kapers op de kust: alternatieve verklaringen voor gemeten effecten	118
4.3	De interventietheorie als wegwijzer	126
4.4	Onderzoeksopzet en graden van zekerheid	128
4.5	Versterking van de interne validiteit	131
4.6	Ondersteuning van buitenaf	133
4.7	Aan elk bewijs hangt een prijs	136
4.8	Bewijskracht in de praktijk	139

## Hoofdstuk 5

**Resultaatgerichte ontwikkeling van interventies: Toepassing in praktijk***Jan Willem Veerman, Dries Roosma, Tom van Yperen en Bas Bijl*

5.1	Inleiding	141
5.2	Resultaatgericht ontwikkelen: een fictieve casus	141
5.3	Beoogde doelgroepen van RGOi	148
5.4	Kritische succesfactoren	149
5.5	Tot slot	152
	Bijlage Scoringslijst kwaliteitscriteria RGOi	154

**DEEL II ILLUSTRATIES UIT DE PRAKTIJK** 157

## Hoofdstuk 6

**Kennis naar boven brengen***Bas Bijl, Jan-Wilm Delicat en Inez Berends*

6.1	Upgraden van professionele kennis	159
6.2	Expliciteren en funderen	160
6.3	Scheiden en Transformatief OuderschapsPlan	161
6.4	Het Baby-Ouder-Programma	165
6.5	Aanbevelingen voor beschrijvers en onderbouwers	170
6.6	Voortdurende ontwikkeling	171

## Hoofdstuk 7

**Datagestuurd werken levert de cliënt goede zorg op!***Marleen van Aggelen, Judith Horstman, Ger Kerkstra, Marion Leijssen en Dries Roosma*

7.1	Inleiding	173
7.2	Datagestuurd werken in de behandeling	174
7.3	Datagestuurd werken in de werkbegeleiding	178
7.4	Datagestuurd werken op team- en organisatieniveau	180
7.5	Tot slot	183

## Hoofdstuk 8

### Het gebruik van de effectladder in de praktijk

*Germie van den Berg, Janneke Metselaar en Carolien Konijn*

8.1	Inleiding	187
8.2	Toepassing van de effectladder binnen het NEJA	187
8.3	Toepassing van de effectladder binnen Elker Jeugd en Opvoedhulp	193
8.4	Tot slot	200

## Hoofdstuk 9

### Kenniscentra en het monitoren van de kwaliteit van interventies

*Gert Kroes, Rachel van der Rijken, Renske van Bommel, Arjan Bolt en Marion van Bommel*

9.1	Inleiding	203
9.2	Kwaliteitsmanagement bij MST-Nederland	204
9.3	Kwaliteitsmanagement bij Gezin Centraal	209
9.4	Kwaliteitsmanagement bij Triple P	213
9.5	Tot slot	217

## Hoofdstuk 10

### Metten in de keten: Datagestuurd werken in de gehele zorgketen

*Marleen van Aggelen en Bas Bijl*

10.1	Inleiding	221
10.2	Ketenbreed meten	222
10.3	Samenhangend instrumentengebruik in Drenthe	229
10.4	Tot slot	232

## Hoofdstuk 11

### Wat kunnen we leren van grote databases?

*Jan Willem Veerman, Pieter Koppelaar, Anna van Spanje en Tom van Yperen*

11.1	Inleiding	235
11.2	rom bij het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie	236
11.3	Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland: meten en verbeteren	242
11.4	Tot slot	247

## Hoofdstuk 12

### Zicht op effectiviteit en monitoring in jeugdbeleid

*Daphne Kann-Weedage, Erik Jan de Wilde en José van Boven*

12.1	Inleiding	249
12.2	Kader: algemeen kwaliteitsmodel jeugdbeleid	250
12.3	De casus 'Gemeente Hoorn'	252
12.4	Staat van de jeugd: wat zeggen de monitors?	253
12.5	Omvang en kwaliteit van de zorg	255
12.6	Outcome hulpaanbod voorzieningen	259
12.7	Tot slot	261



## DEEL III HANDREIKINGEN

265

## Hoofdstuk 13

**Verzamelen van empirische aanwijzingen voor effectiviteit***Tom van Yperen, Bas Bijl en Jan Willem Veerman*

13.1	Inleiding	267
13.2	Begin bij het begin	269
13.3	Naar eerste empirische aanwijzingen voor effecten	270
13.4	Op zoek naar meer bewijskracht	284
13.5	Goede of sterke bewijskracht: het (quasi-)experimentele onderzoek	291
13.6	Nog sterkere bewijskracht voor werkzaamheid: de follow-up	300
13.7	Tot slot	302

## Hoofdstuk 14

**Metten van doelrealisatie***Tom van Yperen, Gert Kroes en Bas Bijl*

14.1	Inleiding	305
14.2	Doelen op verschillende niveaus	306
14.3	Metten van doelrealisatie op cliëntniveau	313
14.4	Metten doelrealisatie op niveau van de interventie	319
14.5	Metten van doelrealisatie op instellingsniveau	325
14.6	Metten van doelrealisatie op gemeentelijk niveau	328
14.7	Tot slot	329

## Hoofdstuk 15

**Wat werkt voor wie? De kracht van N=1-onderzoek***Marc Delsing en Tom van Yperen*

15.1	Inleiding	331
15.2	Kenmerken van N=1-onderzoek	332
15.3	Onderzoeksopzetten voor de N=1-studie	334
15.4	Analysemethoden	344
15.5	Een (fictief) praktijkvoorbeeld: N=1-onderzoek van Top Problems	349
15.6	Herhaalde N=1-studies voor sterke bewijskracht	351
15.7	Aandachtspunten voor inrichting N=1-onderzoek in de praktijk	353
15.8	Tot slot	356

## Hoofdstuk 16

**Instrumenten voor het meten van uitkomsten***Tom van Yperen, Bas Bijl en Jan Willem Veerman*

16.1	Inleiding	357
16.2	Drie perspectieven voor het kiezen van instrumenten	357
16.3	De kwaliteit van instrumenten	358
16.4	Bronnen voor de keuze van instrumenten	370
16.5	Tot slot	373

## Hoofdstuk 17

### Meten van behandelintegriteit

*Leonieke Boendermaker en Pauline Goense*

17.1	Inleiding	375
17.2	Behandelintegriteit: wat is dat?	376
17.3	Metten van behandelintegriteit	377
17.4	Naar een instrument om behandelintegriteit te meten	380
17.5	Tot slot	383

## Hoofdstuk 18

### Training in het werken met vragenlijsten

*Coleta van Dam, Inez Berends, Arga Kramer en Marleen Wilschut*

18.1	Inleiding	385
18.2	Voorbereiding training 'Werken met vragenlijsten'	385
18.3	Effectieve onderdelen training 'Werken met vragenlijsten'	387
18.4	Veelgestelde vragen	394
18.5	Tot slot	397

## Hoofdstuk 19

### Gegevens verzamelen in de praktijk

*Jan Willem Veerman en Dries Roosma*

19.1	Inleiding	399
19.2	Een basisopzet voor een praktijkgestuurde onderzoekslogistiek	400
19.3	Wie doet wat wanneer?	402
19.4	De procesbewaker als manager van de onderzoekslogistiek	409
19.5	Falende logistiek: het probleem van de non-respons	410
19.6	Tot slot	417

## Hoofdstuk 20

### Methoden voor kwantificeren en toetsen van effecten

*Jan Willem Veerman en Bas Bijl*

20.1	Inleiding	419
20.2	Enkele statistische termen	420
20.3	Kwantificeren van de probleemstatus: hoe 'erg' is het?	423
20.4	Kwantificeren van groepseffecten: de effect size	427
20.5	Kwantificeren van individuele verandering: de Reliable Change Index	431
20.6	Combineren van status en verandering	435
20.7	Tot slot	437

## Hoofdstuk 21

### Economische evaluaties van jeugdinterventies

*Daphne Kann-Weedage, Germie van den Berg, Tom van Yperen en Silvia Evers*

21.1	Inleiding	439
21.2	Beginnelen van een economische evaluatie	440
21.3	Het proces	447
21.4	Kosteneffectiviteit interventies in het jeugddomein: wat is bekend?	456
21.5	Tot slot	459

## Hoofdstuk 22

### **De kroon op het werk: Benutting van uitkomstgegevens**

*Jan Willem Veerman en Dries Roosma*

22.1	Inleiding	461
22.2	Verschillende vormen van benutting	462
22.3	Een bespreekstramien voor benutting van uitkomsten	466
22.4	Benutten om er beter van te worden: de lerende organisatie	476
22.5	Tot slot	478

## **DEEL IV SLOT** 481

## Hoofdstuk 23

### **Zicht op effectiviteit... en v  rder!**

*Tom van Yperen, Bas Bijl en Jan Willem Veerman*

23.1	Inleiding	483
23.2	Kwaliteit pedagogische omgeving en preventie krijgen meer aandacht	483
23.3	Interventies krijgen een kortere houdbaarheidsdatum	485
23.4	Werkzame elementen worden belangrijker	486
23.5	Weten wat niet werkt krijgt waarde	488
23.6	Breed arsenaal van effectonderzoek vanzelfsprekender	489
23.7	Toenemend belang van economische analyses en value-based keuzes	492
23.8	Naar een resultaatgerichte benadering van implementeren	493
23.9	Om tafel voor zichtbaar betere jeugdinterventies	494
23.10	Tot slot	497

<b>Lijst van gebruikte afkortingen</b>	499
--	-----

<b>Over de auteurs</b>	503
------------------------	-----

<b>Bronvermelding</b>	509
-----------------------	-----

## VOORWOORD

Het hoeft nauwelijks meer betoog dat effectiviteit hoog op de agenda van de jeugdsector staat. Zowel op de werkvloer en bij het management van instellingen als bij de lokale en landelijke overheden is het besef gegroeid dat zicht op effectiviteit een belangrijke vereiste is om de sector verder te ontwikkelen en beter te verantwoorden. Dat roept verschillende vragen op, zoals:

- Wat weten we al van de effectiviteit van interventies en hun elementen in de jeugdhulp en de preventie?
- Wat verstaan we eigenlijk onder effectiviteit?
- Hoe kunnen we effectiviteit vaststellen?
- Hoe kunnen we gegevens over effectiviteit benutten voor verdere ontwikkeling en verantwoording van de preventie en de zorg?

Ruim tien jaar geleden formuleerde een groep onderzoekers en kwaliteitswerkers in de jeugdzorg – verenigd in het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland/SEJN – een antwoord op deze vragen. Dat begon in 2005 met het uitbrengen van een drietal zogeheten bronnenboeken onder de titel ‘Zicht op effectiviteit’. In 2008 verscheen daarvan het gelijknamige boek. Dat boek voorzag duidelijk in een behoefte. Het werd veel aangeschaft en in uiteenlopende opleidingen gebruikt. Ook kreeg het een plaats in de ‘Canon Zorg voor de jeugd’ ([www.canonsociaalwerk.eu](http://www.canonsociaalwerk.eu)).

De tijden zijn veranderd. De jeugdzorg heet nu jeugdhulp en is gedecentraliseerd naar de gemeenten. Die jeugdhulp is minder een aparte sector en meer onderdeel van een breed jeugdveld geworden, inclusief gezondheidsbevordering, preventie, vroeghulp en meer algemeen lokaal-sociaal beleid. De aandacht voor effectiviteit is een issue in dit hele veld. Beschrijving en theoretische onderbouwing van interventies, de zoektocht naar de werkzame elementen en monitoring van de uitkomsten krijgen veel aandacht. Vergeleken met de tijd waarin de vorige druk van het boek verscheen, heeft het veld in dit opzicht flinke vooruitgang geboekt. Deze ontwikkeling heeft aanleiding gegeven tot een grondige revisie van dit boek.

Aan het doel van dit boek is – ondanks de vele veranderingen – niets gewijzigd. Het wil nog steeds achtergronden en handreikingen bieden voor het zichtbaar maken van de effectiviteit van interventies en de elementen waaruit ze bestaan. Dit gebeurt volgens een voor cliënten, praktijkwerkers, managers, beleidsmakers en onderzoekers relevante, interessante en praktisch werkbaar manier. Meten van de resultaten neemt daar een belangrijke plaats in. Dat geldt ook voor het in dialoog betekenis geven aan de resultaten: herkennen we het beeld, hoe verklaren we het, wat vinden we ervan, welke verbeteracties zijn mogelijk? De aanpak die dit boek beschrijft, heette in de vorige editie ‘praktijkgestuurd onderzoek’. De auteurs hebben in de afgelopen tien jaar echter geleerd dat het zichtbaar maken van de effectiviteit van interventies niet alleen iets is voor onderzoekers. De sturing moet

ook niet alleen van praktijkwerkers komen. Cliënten, beleidsmakers, managers sturen mee, elk op hun eigen manier en in hun eigen rol. Van belang daarbij is dat ze allemaal dezelfde kant opgaan: naar steeds betere resultaten voor jeugdigen en opvoeders. Daarom spreekt dit boek van de Resultaatgerichte Ontwikkeling van interventies, kortweg RGOi genoemd. Dit is een brede meet-, spreek- en verbeterbeweging met verschillende actoren. Het aandeel van onderzoekers bestaat uit de ondersteuning met onderzoeksmethoden die aansluiten bij het ontwikkelingsstadium van de werkwijzen en de mogelijkheden in de praktijk. We zien daarbij praktijkgestuurd onderzoek als onderdeel van RGOi: het onderzoek sluit aan bij vragen van de praktijk en helpt die praktijk een stap verder te komen. In dit boek besteden we aan dat onderzoek veel aandacht. De focus ligt daarbij op de jeugdhulp, het thuisfront van de meeste auteurs die aan dit boek hebben bijgedragen. Geregeld betrekken we bij dit veld ook de preventie, omdat we denken dat veel van het hier gepresenteerde gedachtegoed ook in die deelsector bruikbaar is.

Het handboek is geen kookboek of dwingend kader, maar een bron van ideeën, werkwijzen, instrumenten en voorbeelden die te gebruiken zijn. De doelgroep van dit handboek wordt gevormd door alle betrokkenen bij de ontwikkeling van interventies in het jeugdveld. Het boek wil een gereedschapskist voor hen allen zijn, maar we vullen die kist vooral voor onderzoekers en kwaliteitsfunctionarissen die met praktijkgestuurd onderzoek aan de ontwikkeling willen bijdragen. Het handboek bestaat uit vier delen:

- Deel I schetst het algemene kader en de leidende principes van RGOi. Het beschrijft de zogeheten ‘effectladder’ als een methodisch raamwerk voor onderzoekers, waarop de ontwikkelingsniveaus van interventies en bijbehorende onderzoeksactiviteiten te plaatsen zijn. Daarnaast is er aandacht voor de rollen van de verschillende actoren, het identificeren van de werkzame elementen in interventies, een eerste uitwerking van onderzoeksopzetten en het in de praktijk handen en voeten geven aan RGOi. De vijf hoofdstukken zijn dezelfde als in de vorige editie, maar zijn stevig gereviseerd.
- In deel II volgt aan de hand van voorbeelden en *good practices* een verdere uitwerking van verschillende thema’s. Alle hoofdstukken uit de vorige editie zijn vervangen door een zevental nieuwe, met meer recente thema’s. Ze zijn ontleend aan organisaties en samenwerkingsverbanden die ervaring hebben opgedaan met RGOi.
- Deel III geeft handvatten voor de uitwerking van RGOi. De aandacht gaat uit naar de keuze van onderzoeksopzetten en instrumenten om uitkomsten en uitvoering van interventies te meten, naar de logistiek in de gegevensverzameling en naar benutting van uitkomsten voor praktijk en beleid. De tien hoofdstukken zijn deels nieuw, deels gereviseerde versies uit de vorige editie.
- Het laatste deel bevat een slotbeschouwing van de redacteurs van dit boek.

Met dit handboek en de daarin geschetste werkwijzen willen we een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van de effectiviteit van de jeugdsector. De publicatie van het boek maakt deel uit van een stroom van activiteiten met een gemeenschappelijk doel: de effectiviteit van de jeugdinterventies op een hoger plan brengen teneinde jeugdigen en hun gezinnen de best mogelijke ondersteuning te bieden bij het opgroeien en het opvoeden. Het gaat bij deze activiteiten om landelijk en gemeentelijk beleid, door overkoepelende organisaties uitgedragen visies, om kwaliteitstrajecten binnen instellingen, implementatie van landelijke registraties om de uitkomsten van de zorg in kaart te brengen, verdere professionalisering van beroepsgroepen, landelijke en regionale onderzoeksprogrammering ten aanzien van de preventie en de zorg, opleiding van onderzoekers, methodiekontwikkelaars en kwaliteitsfunctionarissen, opbouw van databanken over de effectiviteit van interventies en de daarin verpakte elementen. Zie dit handboek als een van de ondersteunende middelen bij de verdere ontwikkeling van de sector.

*Tom van Yperen,  
Jan Willem Veerman,  
Bas Bijl*

Najaar 2017



# Deel I

## Kader

### *Noot:*

Een eerdere versie van dit deel is becommentarieerd door:

- Inge Bastiaanssen, senior onderzoeker Praktikon / senior adviseur en onderzoeker Effectiviteit en Integratie Jeugdhulp van het Nederlands Jeugdinstituut
- Germie van den Berg, programmaleider Effectiviteit en Integratie Jeugdhulp van het Nederlands Jeugdinstituut;
- Janneke Metselaar, lector Zorg voor jeugd bij de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden;
- Martine Noordegraaf, lector Jeugd en Gezin bij de Christelijke Hogeschool Ede.

Wij danken hen hartelijk voor hun waardevolle opmerkingen en suggesties.





## NAAR MEER EFFECT: RESULTAATGERICHTE ONTWIKKELING VAN INTERVENTIES

*Tom van Yperen, Jan Willem Veerman en Bas Bijl*

### 1.1 Inleiding

#### **Het kan effectiever**

Welke antipestprogramma's die scholen uitvoeren zijn effectief? Wat weten we over de werkzaamheid van antidepressiva bij adolescenten? Heeft het nut om jeugdige delinquenten een survivaltocht in de Ardennen te laten doen? Werken de wijkteams? Het zijn bekende vragen die geregeld aan de orde komen in de media en in discussies op congressen. Vroeger waren het vooral onderzoekers die zich met dit soort onderwerpen bezigielden. De laatste jaren zijn deze vragen voor alle betrokkenen vanzelfsprekende gespreksonderwerpen. Lokale en landelijke politici, andere beleidsmakers, zorgverzekeraars en niet in de laatste plaats cliënten en uitvoerend werkers in instellingen vinden het belangrijk dat risico's en problemen van jeugdigen en hun gezinnen een effectieve aanpak krijgen. Velen van hen vinden dat interventies wetenschappelijk verantwoord moeten zijn en er bewijs voor de effectiviteit op tafel moet liggen. *Evidence-based* werken, in het Nederlands 'bewezen effectief werken', is hierbij een sleutelwoord.

Ondanks deze overtuiging rijzen er nog wel allerlei vragen. Een van de belangrijkste is wat we eigenlijk onder 'evidence-based' of 'bewezen effectief' moeten verstaan en hoe we dit kunnen aantonen. Vanuit een praktijkperspectief is het effect van een aanpak bewezen als gestelde doelen worden gerealiseerd en cliënten tevreden zijn. Ook beleidsmakers zullen dit onderschrijven, zij het dat hun blikveld breder is. Voor hen zijn interventies vooral effectief als jeugdigen in een samenleving (wijk, stad, regio, het land) passende ondersteuning krijgen en zich optimaal ontwikkelen tot participerende burgers. Vanuit een wetenschappelijk perspectief is een interventie bewezen effectief als het effect door onderzoek is aangetoond, waarbij aannemelijk is gemaakt dat er geen andere factoren in het spel zijn die het effect ook hadden kunnen veroorzaken. Hoe dit is vast te stellen, is aan veel discussie onderhevig (zie onder meer Jacobs, 2014; Stams, 2011). De praktijk en het beleid vinden geregeld dat het te lang duurt voordat wetenschappers een uitspraak over de effectiviteit durven doen. Het debat over de effectiviteit heeft daarin vaak een alles-of-nietskarakter: mag een interventie pas effectief heten als streng-wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat de aanpak werkzaam is? De verschillende opvattingen

over wanneer effectiviteit bewezen is bemoeilijken de communicatie. Waar de praktijkwerker duidelijke effecten ziet, is de wetenschapper nog lang niet overtuigd en weet de beleidsmaker niet goed wie hij moet geloven om zijn beleidsvoornemens te onderbouwen.

### **De focus van dit hoofdstuk**

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kwestie die hiervoor is geschetst. In Paragraaf 1.2 zal duidelijk worden dat het wetenschappelijke effectonderzoek ons veel kennis heeft gebracht, maar dat deze kennis nog onvoldoende in de praktijk wordt benut. Tegelijk geldt dat van veel interventies die dagelijks in de praktijk van preventie en jeugdhulp worden uitgevoerd nog weinig over de effectiviteit bekend is. Dat wil niet zeggen dat het uitgevoerde onderzoek niet deugt of dat de interventies niet effectief zijn. Het betekent wel dat we moeten zoeken naar mogelijkheden om werkwijzen in de praktijk en de wetenschappelijke bijdrage aan de verdere ontwikkeling van die werkwijzen dichter bij elkaar te brengen. Dat komt in Paragraaf 1.3 aan de orde. We typeren de daar geschetste aanpak als een Resultaatgerichte Ontwikkeling van interventies (RGOi). Het gaat daarbij om de samenwerking tussen praktijkwerkers, cliënten, onderzoekers, instellingsfunctionarissen en beleidsmakers om een beweging van meten, spreken en verbeteren in gang te zetten – en te houden – die leidt tot steeds betere resultaten in de praktijk.

- Het *meten* is erop gericht de in de praktijk uitgevoerde activiteiten en de resultaten ervan zichtbaar te maken.
- Het *spreeken* houdt in dat het gevormde beeld in dialoog met de betrokken partijen betekenis krijgt: herkennen we dit, hoe verklaren we het, wat vinden we ervan, hoe kan het beter?
- Het *verbeteren* gebeurt met inbreng van voorhanden zijnde kennis bij cliënten, praktijk- en beleidsfunctionarissen en wetenschappers, brengt verdere vernieuwing en maakt de interventie beter toepasbaar, effectiever of goedkoper.

Uiteindelijk moet dit alles leiden tot een effectievere praktijk, met betere uitkomsten voor jeugdigen. Alle actoren (praktijkwerkers, cliënten, onderzoekers, instellingsfunctionarissen en beleidsmakers) zijn van belang om de beweging die daarvoor nodig is te laten plaatsvinden. De rol van de onderzoeker is om daar met zijn methodologische en theoretische kennis en met zijn onderzoekservaring dienstbaar aan te zijn; hij stuurt daarbij aan op de inzet van onderzoeksmethoden die passen bij het ontwikkelingsstadium van de interventie. Dat moet leiden tot een transparante, lerende praktijk, die een reflectie op de effecten mogelijk maakt, die bijdraagt aan collectieve kennis over wat wel en niet werkt, die overdraagbaar is en stimuleert tot steeds effectiever werken.

### **Effectieve interventies**

Dit boek gaat over interventies in het veld van de preventie en jeugdhulp voor jeugdigen en opvoeders. Voor wat we onder een interventie ver-

staan, volgen we de definitie van het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) – zie Box 1.1.

### Box 1.1

#### Wat is een interventie?

Het Nji (Van Yperen, 2010) definieert een interventie als een aanpak:

- Voor de bevordering van de ontwikkeling of de opvoeding, of voor de vermindering, de compensatie of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling of opvoeding van een jeugdige tot 23 jaar;
- Bestemd voor een doelgroep waarvan de ontwikkeling of opvoeding is te bevorderen of die met een of meerdere van deze risico's of problemen hebben te maken;
- Gericht op de jeugdige zelf, zijn opvoeders en/of zijn opvoedingsomgeving; die geleid wordt door een theoretisch en praktisch weldoordacht en doelgericht geheel van veronderstellingen en overtuigingen;
- Die gespecificeerd is in termen van een doelgerichte en systematische handelwijze (methodiek) met een voorgeschreven fasering, toe te passen technieken, te gebruiken materialen, met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

Voor interventie kan ook aanpak, methodiek, programma, zorgaanbod of behandelvorm gelezen worden. De interventie kan beperkt zijn, bijvoorbeeld een sociale vaardigheidstraining voor angstige kinderen, of ruim, zoals een behandelingsklimaat in een residentiële leefgroep ingericht volgens het competentiemodel.

Interventies zijn belangrijke eenheden waarin de preventie en jeugdhulp te omschrijven is. Ze combineren – op basis van een rationale – elementen (technieken, specifieke werkwijzen) in een aanpak die voor een bepaalde doelgroep bestemd is en een bepaalde tijdsduur en frequentie heeft. Voor de uitvoerende praktijkwerkers bieden de interventies belangrijke eenheden voor reflectie: doen we de goede dingen op de goede manier (Booijink & Rensen, 2013)? Voor aankomende praktijkwerkers vormt het als het ware een didactisch pakket waarin ze zich kunnen oefenen. De doelgroep, de instelling en de financier hebben met de interventie een duidelijk afgeronde eenheid waar een tijdspad, een inspanning en een prijskaartje aan te verbinden zijn.

Zoals we onder meer in Hoofdstuk 3 zullen zien, krijgen de elementen die in de interventies zijn verpakt steeds meer aandacht. Dit wordt ingegeven door de veronderstelling dat veel interventies niet erg flexibel zijn door de sterke focus op een specifieke doelgroep met een heel specifieke vraag. Ook de vaste combinatie van elementen zou het lastig kunnen maken om responsief in te spelen op de unieke en dynamische situatie waarin veel cliënten verkeren. Voorts is ook de vraag of het niet de moeite waard is verschillende interventies die veel op elkaar lijken samen te voegen door de gemeenschappelijke werkzame elementen scherper te identificeren. Dit alles maakt de benadering interessant waarin bestaande interventies worden opgeknipt in kleinere interventie-eenheden – de werkzame elementen – die kenmerkend zijn voor de effectieve aanpak van een bepaald vraagstuk of probleem. Deze kleinere eenheden zijn dan flexibel in te zetten al naargelang het aan te pakken vraagstuk en de situatie van de cliënt (Chorpita & Weisz, 2009; zie ook Spanjaard, Veerman & Van Yperen, 2015). In dit boek zullen we duidelijk maken dat bij deze benadering feitelijk dezelfde effectiviteitsvragen aan de orde zijn als bij de omvattender interventies. We zullen zien dat de principes die we hier schetsen ook bij de elementen van interventies van toepassing zijn. Waar wij spreken van 'interventie' zou men in dat geval 'mogelijk werkzaam element' kunnen lezen.

Een interventie noemen we ‘effectief’ als deze aan het doel van de inzet beantwoordt. Om de effectiviteit – de mate waarin een interventie aan haar doel beantwoordt – vast te stellen, schetsen we een ontwikkelingspad dat elke interventie in wezen doorloopt, dat leidt van een impliciet geloof in de effectiviteit naar empirisch bewijs dat de interventie het effect heeft veroorzaakt. Dat ontwikkelingspad geldt voor omvattende interventies met een vastgesteld verloop, maar ook voor de zoektocht naar de werkzaamheid van de elementen waaruit die interventies zijn opgebouwd. Speciale aandacht schenken we daarbij aan de rol van de wetenschapper, hoe deze het ontwikkelingspad kan ondersteunen met een arsenaal aan onderzoeksmethoden.

Een interventie noemen we evidence-based als het beeld over de werkzaamheid is gebaseerd op kennis over wat werkt. Die kennis bestaat vaak uit een mix van verschillende bronnen. De bekendste drie zijn (zie APA, 2006; Sackett e.a., 2000):

- Bewijs uit wetenschappelijk onderzoek (ook wel *research-based*-kennis genoemd);
- Ervaringskennis van praktijkwerkers. Dit soort kennis van ervaren professionals wordt ook wel *expert-based*- of *practice-based*-kennis genoemd;
- Zogeheten *client-based*-kennis. Kern daarbij is dat inzichten over ‘wat werkt’ mede bepaald worden door kennis over de opvattingen, voorkeuren en ervaringen van cliënten.

In de jeugdhulp geldt dat hier nog een vierde bron aan toe te voegen is: kennis over ethische overwegingen en waarden in het opgroeien en opvoeden van jeugdigen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om vragen als: wat vindt de samenleving belangrijk en acceptabel in het opvoeden en opgroeien van kinderen? Wanneer is bijvoorbeeld een interventie om de opvoeding te verbeteren goed genoeg? Het oordeel over wat werkt is daarom ook *value-based* (zie ook Van Montfoort, 2010).

In dit boek zullen we geregeld spreken over ‘kosteneffectiviteit’. Daaronder verstaan we de mate waarin de interventie en de daarmee gemoeide kosten in een acceptabele verhouding staan tot de mate van doelbereik. Wat verantwoord is, wordt daarbij niet alleen bepaald door wetenschappelijke criteria. Ook ethische en politieke overwegingen wegen mee in wat als verantwoord is te beschouwen. Het kost bijvoorbeeld veel om een hulpverlener bij een dreigende jeugdbeschermingsmaatregel en uithuisplaatsing van een kind twintig uur per week in een multiprobleemgezin te laten werken. Maar het is verantwoord als daarmee de maatregel en de uithuisplaatsing worden voorkomen, niet alleen omdat de maatregel en uithuisplaatsing veel duurder zijn, maar ook omdat het gezin grotere ellende bespaard is gebleven.

## Typering van het veld en de actoren

Het veld waarin de interventies te vinden zijn is breed: jeugdwelzijn, (passend) onderwijs, gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering (zie Box 1.2). De korte aanduiding ‘preventie en jeugdhulp’ geldt dus als een verzamelbegrip, wetend dat hier een veelkleurig en divers domein onder schuilgaat. In dit boek ontleen we veel voorbeelden en kennis aan de jeugdhulpsector, omdat daarin de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies al een lange geschiedenis kent waarin veel auteurs van hoofdstukken in dit boek hun ervaring hebben opgedaan. We denken echter dat de principes die we hier beschrijven veel breder toepasbaar zijn dan alleen binnen de jeugdhulp.

### Box 1.2

#### Het veld van preventie en jeugdhulp

Het veld dat we in dit boek bestrijken geldt als het domein van het gemeentelijk jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdhulp zoals dat onder meer in de Wet Publieke Gezondheid (2008), het Besluit Publieke Gezondheid (2015) en de Jeugdwet (2015) is omschreven:

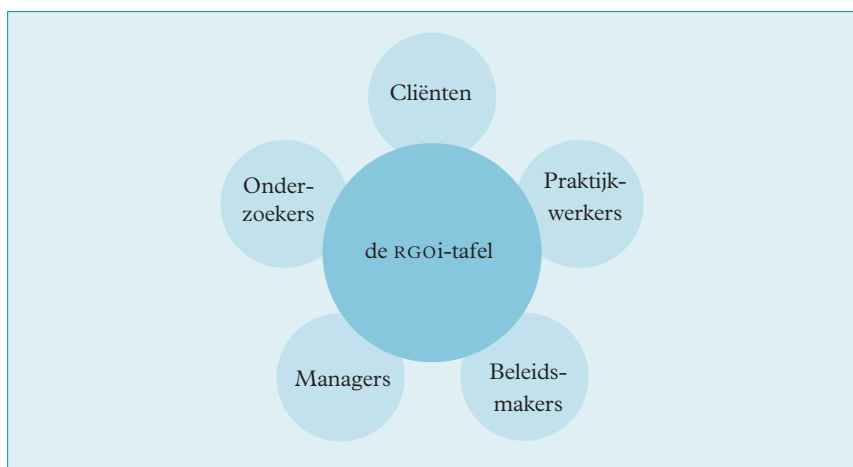
- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;
- Het voorkomen en de vroege signalering van en vroege interventie bij opgroeiende opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;
- Het versterken van het opvoedkundige klimaat in gezinnen, wijken, buurten, scholen, kinderopvang en peuterspeelzalen;
- Het bevorderen van de opvoedvaardigheden van de ouders, opdat zij in staat zijn hun verantwoordelijkheid te dragen voor de opvoeding en het opgroeien van jeugdigen;
- Het inschakelen, herstellen en versterken van de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen van de jeugdige, zijn ouders en de personen die tot hun sociale omgeving behoren;
- Het bevorderen van de veiligheid van de jeugdige in de opvoedsituatie waarin hij opgroeit;
- (Integrale) hulp aan de jeugdige en zijn ouders.

Daarnaast scharen we er het pedagogisch handelen in het onderwijs onder: aanpakken van scholen om de (psychosociale) gezondheid en het welbevinden van jeugdigen te bevorderen of te herstellen, zoals ondersteuning van peuters en kleuters om de start in de basisschool zo goed mogelijk te kunnen maken, aanpakken voor kinderen met faalangst of met storend gedrag in de klas, antipestprogramma's, op school uitgevoerde programma's om het roken en drinken van pubers te voorkomen, et cetera. Effectiviteit van methoden voor vakken als rekenen en taal laten we hier buiten beschouwing.

We gebruiken de term ‘praktijkwerker’ als algemene noemer voor mensen die het uitvoerende werk (het zogeheten ‘primaire proces’) van de preventie en jeugdhulp verzorgen. We spreken van ‘instellingsfunctionarissen’ of

kortweg ‘instellingen’ als we doelen op teamleiders, afdelingsmanagers en bestuurders van instellingen. Onder ‘beleidsfunctionarissen’ of ‘beleidsmaker’ verstaan we personen die in het lokale, bovenregionale en landelijke bestuur werken, zowel politici als ambtenaren. Om niet te veel groepen te onderscheiden scharen we zorgverzekeraars eveneens onder deze categorie, zij initiëren immers ook beleid.

Figuur 1.1 beeldt deze partijen uit als partners aan een tafel die ieder vanuit het eigen perspectief in een dialoog bijdragen aan resultaatgerichte ontwikkeling van interventies, met het doel een effectieve preventie en jeugdhulp te realiseren. De rol van de onderzoeker is om aan alle partijen ondersteunend zijn, waarbij de vragen van de partijen op een onpartijdige, gedegen en passende manier antwoord krijgen.



Figuur 1.1

Samenwerkingsverband resultaatgerichte ontwikkeling van interventies:  
de RGOi-tafel

Burgers en cliënten (hier verder kortweg aangeduid als ‘cliënten’) zijn daarin deels onderwerp van studie, maar voor alle partijen ook de belangrijkste stakeholders. Voor de praktijkwerker is de cliënt partner in het primaire proces, voor de instelling de doelgroep waar het bestaansrecht aan wordt ontleend, voor de beleidsfunctionarissen de groep die vanuit het algemeen belang vertegenwoordigd en gediend moet worden, voor de onderzoeker een onmisbare informant. Dit boek wil laten zien hoe in die samenwerking van de partijen de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies stap voor stap gestalte krijgt. In Hoofdstuk 2 gaan we daar uitgebreider op in.

## 1.2 Wat weten we uit effectonderzoek?

### Databanken geven de stand van zaken

Werken met effectieve interventies is een cruciale factor in de jeugdsector. Er komen steeds meer internetdatabases met handzame overzichten van de effectiviteit van die interventies. Zo kennen we in Nederland de Databank Effectieve Jeugdinterventies ([www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)), de databank voor justitiële interventies ([www.justitieinterventies.nl](http://www.justitieinterventies.nl)) en de Databank Effectieve Sociale Interventies ([www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies](http://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies)). Informatieve Amerikaanse databanken in dit opzicht zijn de *Blueprints for Healthy Youth Development* ([www.blueprintsprograms.org](http://www.blueprintsprograms.org)), *The California Evidence-based Clearinghouse for Child Welfare* ([www.cebc4cw.org](http://www.cebc4cw.org)) en *SAMSHA's National Registry for Evidence-based Programs and Practices* ([www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov)).

In de meeste van deze databanken geldt het experimentele onderzoek als een aanpak om het sterkste bewijs voor effectiviteit aan te dragen. In die vorm van effectonderzoek krijgt een experimentele groep een interventie die men op haar effect wil onderzoeken en krijgt een controlegroep geen interventie, een placebo of een alternatieve interventie. Idealiter worden cliënten willekeurig toegewezen aan de experimentele of de controlegroep. Het toeval bepaalt dus wie de interventie krijgt en wie niet. Is dit niet het geval, maar neemt men bijvoorbeeld bestaande groepen zoals twee afdelingen van een jeugdhulpinstelling of twee schoolklassen in het onderzoek op, waarbij de ene afdeling of klas als experimentele groep fungeert en de andere als controlegroep, dan spreekt men van een quasi-experimentele onderzoeksopzet (zie Hoofdstuk 4 voor een verdere uitleg en verwante termen). In het onderzoek wordt bij beide groepen een beginmeting en een eindmeting verricht. Het effect wordt afgelezen aan het verschil tussen de experimentele en controlegroep aan het eind van de interventie. In welke mate kan onderzoek naar de effecten van preventie en jeugdhulp zich aan dit model spiegelen?

### Effectonderzoek preventie

Als we kijken naar het onderzoek naar preventieve interventies, dan blijkt dat daar redelijk veel studies naar zijn gedaan (Van Yperen & Bartelink, 2014). Overzien we de internationale literatuur, dan blijkt preventie in het algemeen te werken (zie onder anderen Dam, 2012; Dam & Prinsen, 2013; Deurloo e.a., 2012; Ince, 2013; Inventgroep, 2005; Oudhof e.a., 2013; Prinsen e.a., 2012; Simon, Bögels & Voncken, 2011). Investeren in preventie lijkt dus verstandig. In Nederland is door Dam (2012) een berekening gemaakt wat de screenings en vaccinaties van de jeugdgezondheid in Nederland per jaar aan kosten besparen. De jeugdgezondheidszorg kost volgens Dam tussen de 400 en 450 miljoen euro per jaar en levert 5,6 miljard euro aan besparingen op. Anders gezegd, per bestede euro levert het rond de dertien euro aan besparingen op. Dam en Prinsen (2013) komen tot de conclusie dat ook lichte vormen van opvoedondersteuning kostenbesparend werken.



Maar bij dat beeld hoort wel een aantal kanttekeningen (Van Yperen & Bartelink, 2014). Ten eerste geldt dat er internationaal weliswaar veel onderzoek is, maar dat Nederlandse studies schaars zijn. Dat is belangrijk om te weten, omdat het welzijn van jeugdigen nogal afhankelijk is van het algemene economische niveau in een land (is er veel armoede of niet), het voorzieningenniveau, de kwaliteit van het onderwijs, de toegankelijkheid tot allerlei publieke informatie en de kwaliteit van de samenleving. In de internationale statistieken scoort Nederland op deze kenmerken gunstig (UNICEF, 2013). Hoe hoger het niveau van dit soort zaken, hoe moeilijker het zal zijn om met een specifiek programma daarbovenop effect te sorteren. De toegevoegde waarde van specifieke preventieprogramma's die hun nut in het buitenland hebben bewezen, kan daarom in de Nederlandse situatie tegenvallen. Ten tweede geldt dat het onderzoek dat in Nederland is uitgevoerd vaak niet voldoet aan de onderzoeksopzet die hiervoor is beschreven. Wetenschappers kunnen op het aangevoerde bewijs dus het nodige afdingen. Ten derde geldt dat de kosten van een paar Nederlandse preventieprogramma's, zoals het vaccinatie- en screeningsprogramma van de jeugdgezondheidszorg, vrij helder zijn. Voor veel andere preventie-activiteiten geldt dat niet (Algemene Rekenkamer, 2012; Kremer e.a., 2016). De geluiden over de kosteneffectiviteit van preventie zijn dus voor de Nederlandse situatie wellicht te optimistisch. Onderzoek naar de werkzaamheid specifiek voor ons land is dus nodig.

### **Effectonderzoek jeugdhulp**

Ook jeugdhulpinterventies zijn vrij veel onderzocht, vaak met experimenteel onderzoek (Chorpita e.a., 2011; Kazdin, 2000a, 2000b; Weisz, 2014; Weisz & Kazdin, 2010). De resultaten van die onderzoeken laten zien dat die interventies gemiddeld genomen effectief zijn. Die effectiviteit duidt men in de wetenschappelijke literatuur aan met behulp van een veelgebruikte index: de zogeheten *effect size* (zie Hoofdstuk 20 voor verdere uitleg). Vergelijkbaar met interventies voor soortgelijke problemen bij volwassenen worden er in onderzoek met niet-behandelde controlegroepen middelgrote tot grote effecten gevonden (*effect sizes* tussen 0,50 en 0,80 en hoger), met een gemiddelde van rond de 0,70. Dat komt volgens internationale standaarden neer op een middelgroot effect. Een toenemend aantal overzichtsstudies en meta-analyses (kwantitatieve overzichtsstudies) laat meer specifiek zien welke behandelingen voor welke problematiek bewezen effectief zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld goede overzichten over de effecten van behandelingen van ADHD (Hoekstra e.a., 2015), angst en depressie (Engels e.a., 2015), gedragsproblemen (De Lange e.a., 2014), multiprobleemgezinnen (Klaassen-Vermaat e.a., 2015) en residentiële jeugdhulp (Boendermaker e.a., 2013). Ook zijn er meta-analyses die de beste interventies voor een heel scala aan problemen samenvatten. Een voorbeeld van dit laatste is de meta-analyse van Chorpita en anderen (2011), die voor acht soorten problemen 750 effectief gebleken behandelingsprotocollen uit 435 studies in beeld brengt. Voorbeelden van bewezen effectieve interven-

ties uit deze studie zijn verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie voor angst, depressie, aandachtsproblemen en verstorend gedrag, al dan niet in combinatie met medicatie, oudertraining (*Parent Management Training*) voor jeugdigen met agressief gedrag, specifieke therapeutische aanpakken in de pleegzorg (*Treatment Foster Care*) en sommige vormen van gezinsbehandeling (zoals Multi Systeem Therapie). Recente internationale overzichten laten zien dat de implementatie van evidence-based interventies een verbetering van de effectiviteit van de gebruikelijke zorg oplevert. De eerdergenoemde effect size laat in dit geval een waarde zien van ongeveer 0,30 (Weisz, Kuppens e.a., 2013); volgens internationale standaarden duidt dat op een kleine verbetering van de effectiviteit. De effectiviteit van de gebruikelijke jeugdhulp in Nederland schatten we op ‘klein’ (met een over uiteenlopende instrumenten en informanten gemiddelde effect size van 0,38 – zie Geurts e.a., 2010; zie ook Hoofdstuk 11). Met de implementatie van evidence-based interventies zou dat te verhogen zijn. Dat lijkt toch de moeite waard.

Net als bij de preventie zijn ook hier kanttekeningen bij dit goede nieuws te maken. In de eerste plaats laten Bearman en Weisz (2015) zien dat veel interventies in het buitenland op effectiviteit vaak zijn onderzocht bij eenvoudige problemen. In de praktijk moet men echter meestal interventies uitvoeren bij combinaties van problemen. Het beeld over de effectiviteit dat rijst uit algemene buitenlandse overzichten lijkt daardoor weinig representatief te zijn voor de dagelijkse praktijk van de Nederlandse jeugdhulp. Mede als reactie hierop is in Nederland vanaf het jaar 2005 een enorme impuls gegeven aan het effectiviteitsonderzoek in het jeugddomein, waarbij interventies voor multiprobleemgezinnen een belangrijk aandachtsgebied vormden (ZonMw, 2007). In 2012 is deze impuls uitgebreid met onder meer een zoektocht naar de werkzaamheid van elementen in interventies voor uiteenlopende doelgroepen. De hoop is dat daarmee op termijn flexibeler is in te spelen op de unieke situatie van cliënten en voorkomende combinaties van problemen (ZonMw, 2012). Die zoektocht staat echter nog maar aan het begin (zie ook Paragraaf 3.6).

In de tweede plaats is het aantal in de praktijk uitgevoerde interventies dat bewezen effectief is veel kleiner dan het aantal interventies dat niet bewezen effectief is. Deels lijkt er sprake van een implementatieprobleem (Durlak & DuPre, 2008; Weisz, Ugueto e.a., 2013). Voor een ander deel lijkt men in de sociale sector – inclusief de jeugdsector – over het algemeen weinig geneigd om handelwijzen die elders zijn ontwikkeld ook in de eigen praktijk te gaan volgen (Gezondheidsraad, 2014). Dat leidt ertoe dat men de ene nieuwe interventie na de andere ontwikkelt. Het kenschetst een sector die in dat licht veel innoveert maar weinig vooruitgang boekt (Van Yperen, 2013). We kunnen daarom stellen dat de implementatie van bewezen effectieve interventies in de praktijk achterblijft en er te weinig sprake is van een dóórontwikkeling.

In de derde plaats leidt – zoals eerder genoemd – de implementatie van evidence-based interventies tot effectievere zorg ten opzichte van de ge-

bruikelijke, maar is de winst niet echt groot (Weisz, Kuppens e.a., 2013). Specifieke interventies hebben vaak niet veel toegevoegd effect als het om relatief lichte problemen gaat; bij ernstiger problemen lijken dergelijke interventies over het algemeen meer effect te hebben (Stevens, Hynan & Allen, 2000). Maar welke doelgroepen er vooral van profiteren is – zeker voor de Nederlandse jeugdhulp – nog niet erg duidelijk.

In de vierde plaats zijn voor het uitvoeren van een goed effectonderzoek verregaande specificaties nodig van de beoogde doelgroep, bedoelde interventie (inclusief werkzaam geachte elementen) en gewenste uitkomsten. Maar we zien op dit moment dat veel in de praktijk gebruikte interventies nog onvoldoende geëxpliciteerd en uitontwikkeld zijn om ze met een experimenteel effectonderzoek te kunnen onderzoeken.

### **Samengevat**

De kennis die de wetenschap levert over de effectiviteit van interventies op het terrein van preventie en jeugdhulp is de laatste jaren enorm toegenomen. Die kennis kan ons helpen de effectiviteit van de preventie en de jeugdhulp te verhogen. Er is alleen één probleem: in de praktijk is er nog niet zoveel van te merken. We zagen in het voorgaande:

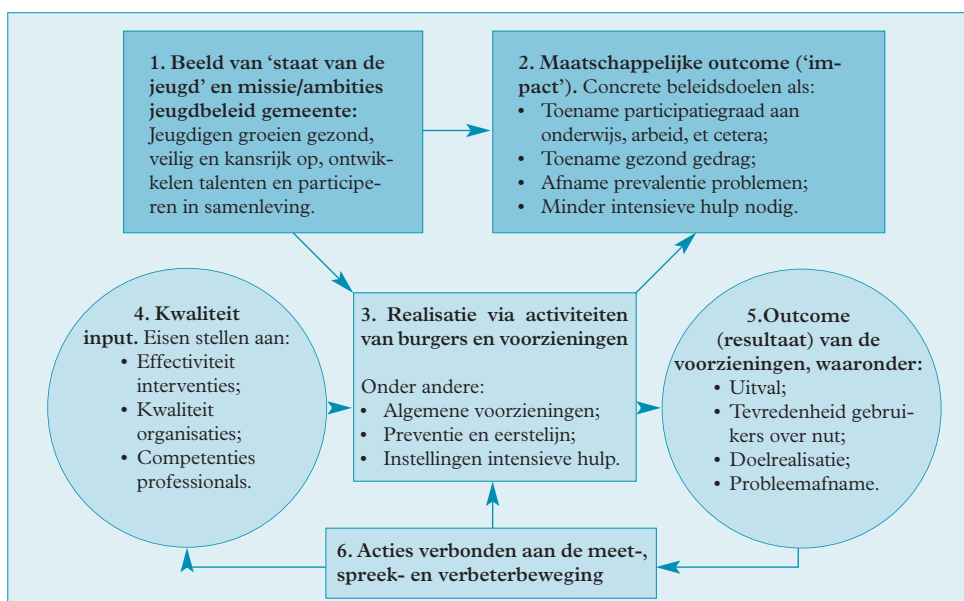
- Dat veel onderzoek naar de effecten van interventies in het buitenland is uitgevoerd, terwijl onderzoek van Nederlandse bodem – ondanks de enorme impuls die het heeft gekregen – nog relatief schaars is;
- Dat veel van de interventies die experimenteel onderzocht zijn in de praktijk nauwelijks gebruikt worden; tegelijk is het aantal bewezen effectieve interventies buitengewoon gering ten opzichte van het totale aantal interventies;
- Dat de in de praktijk uitgevoerde experimentele onderzoeken bij specifieke interventies over het algemeen kleine tot matige effecten tonen ten opzichte van de gebruikelijke preventie en jeugdhulp, en er weinig zicht is op de vraag welke groepen er het meeste baat bij hebben;
- Dat veel interventies in de praktijk nog niet genoeg geëxpliciteerd en uitgekristalliseerd zijn om ze aan een goed effectonderzoek te kunnen onderwerpen.

Deze misschien wat teleurstellende stand van zaken betekent niet dat interventies in de preventie en jeugdhulp niet effectief zijn, wél dat we hier nog te weinig van weten. Mede gelet op wat in de inleiding gezegd is over het belang van meer zicht op effectiviteit betekent het een geweldige uitdaging om deze kennislacune op te gaan vullen.

### 1.3 Naar Resultaatgerichte Ontwikkeling van interventies (RGOi)

#### Een helder doel voor ogen

Het opvullen van de kennislacune is geen doel op zich. Het gaat erom bij te dragen aan een gezond, veilig en kansrijk opgroeien van jeugdigen. Om dat goed voor ogen te houden, hanteren we in dit boek een kwaliteitsmodel waarin effectieve interventies en de ontwikkeling daarvan helder zijn gepositioneerd. Dat model gaat ervan uit dat die interventies ten dienste staan aan een resultaatgericht jeugdbeleid en een effectieve ondersteuning van jeugdigen en opvoeders. Figuur 1.2 expliciteert dit.



Figuur 1.2

Algemeen kwaliteitsmodel jeugdbeleid en inzet voorzieningen (Bron: Van Yperen, 2013)

Het model bestaat uit zes elementen, die we hier kort toelichten. Voor een verdere uitleg en onderbouwing van het model verwijzen we naar Van Yperen (2013).

1. Het jeugdbeleid van de gemeente is idealiter gebaseerd op een beeld over 'de staat van de jeugd': hoe gaat het met hen? Met welke groepen gaat het goed? Waar doen zich belangrijke problemen voor? De gemeente zal op basis van dit beeld ambities formuleren: hier gaan we voor. Dat geeft richting aan het jeugdbeleid van de gemeente.
2. De ambities moeten zich vertalen in concrete doelen. Deze doelen hebben betrekking op na te streven maatschappelijke resultaten, bijvoorbeeld: het aantal jeugdigen dat aan sport deelneemt is met 15 procent gestegen, het aantal brugklassers dat niet begint met roken is met 25 procent gestegen, het aantal jeugdigen met problemen is met 5 procent

gedaald, het aantal jeugdigen dat intensieve (en dure) zorg nodig heeft, is met 10 procent gedaald. Dit wordt vaak de maatschappelijke *outcome* of *impact* genoemd.

3. Om de ambities waar te maken, spelen de burgers en de jeugdvoorzieningen een belangrijke rol. Wat voor interventies zetten de voorzieningen in, door wie, in welke samenhang? Wat is het bereik daarvan? Als we het over ‘voorzieningen’ hebben, bedoelen we hier onder meer de activiteiten van algemene jeugdvoorzieningen (zoals kinderopvang, onderwijs, sportverenigingen), van preventieve en eerstelijnsvoorzieningen (zoals het consultatiebureau, de GGD, het Centrum voor Jeugd en Gezin, het wijkteam) en de voorzieningen voor intensievere vormen van jeugdhulp.
4. Om de kans te vergroten dat de voorzieningen bijdragen aan de realisatie van de doelen, zijn er eisen te stellen aan de input-kant. Het gaat hier dan om bijvoorbeeld de beschikbaarheid van effectieve, evidence-based interventies, het stellen van kwaliteitseisen aan de opleiding en competenties van professionals, en certificering van de organisaties.
5. Om te weten of de ingeschakelde voorzieningen ook goede resultaten boeken, is het in theorie mogelijk om naar de maatschappelijke resultaten te kijken. Maar de relatie tussen de diensten van de voorzieningen en die impact is vaak te diffuus door allerlei factoren die daar doorheen spelen. Daarom monitort en onderzoekt men in de jeugdsector vaak ook meer in directe zin de uitkomsten (outcome) van de diensten. Hier gaat het dan concreet om bijvoorbeeld de mate van uitval, de tevredenheid van cliënten en de doelrealisatie, waaronder de toename van vaardigheden en/of vermindering van problematiek. De aanname hierbij is: hoe beter het resultaat dat op dit niveau is vastgesteld, hoe groter de kans dat dit uiteindelijk leidt tot de beoogde maatschappelijke resultaten.
6. Het zesde blok wordt gevormd door cruciale ‘verbeteracties’. Idee achter dit model is dat het ontwikkelen en onderhouden van een effectief aanbod een continu proces is van het meten, het bespreken en het verbeteren van de werkwijzen. Meten is hiermee dus geen doel op zich, maar staat in dienst van deze ‘meet-, spreek- en verbeterbeweging’.

Het model laat als het gaat om het vullen van de kennislacune met betrekking tot de effectiviteit van interventies twee dingen zien. In de eerste plaats is helder dat deze kennis moet leiden tot betere uitkomsten voor cliënten en – in het verlengde daarvan – tot het realiseren van de beoogde maatschappelijke resultaten. Ten tweede is ook duidelijk dat de kennis over effectieve interventies geen statisch gegeven is, maar een voortdurende ontwikkeling doormaakt in een cyclus waarin bestaande kennis wordt ingebracht en waaraan via de meet-, spreek- en verbeterbeweging nieuwe kennis wordt toegevoegd.

## Twee wegen

In theorie zijn er twee wegen om de kennislacune op te vullen:

- Het top-down en breed in de praktijk implementeren van evidence-based interventies, om vervolgens de werkzaamheid van deze brede toepassing te toetsen. We zagen daarnet dat die interventies meestal nog niet hun weg naar het brede praktijkveld hebben gevonden. Deze weg impliceert dat die wordt vrijgemaakt door een sterke investering aan de input-kant van de verbeterbeweging. Dit moet leiden tot meer evidence-based practice. Zoals we hebben laten zien, is te verwachten dat dit een kleine, maar niet te verwaarlozen verbetering van de effectiviteit kan opleveren.
- Het bottom-up ontwikkelen van interventies die de praktijk vandaag de dag gebruikt. Hiermee sluit men aan bij de situatie van dit moment: er worden dagelijks vele interventies uitgevoerd en daar ‘moet’ de preventie en jeugdhulp iets mee als het om de kennis over de effectiviteit gaat. Dit impliceert het uitvoeren van praktijkonderzoek dat de outcome in beeld brengt. Dit moet leiden tot meer practice-based evidence.

Beide wegen zijn van belang en begaanbaar. De wetenschappelijke literatuur over effectonderzoek beveelt meestal de eerste weg aan, om zo bij te dragen aan het ontwikkelen van de gewenste evidence-based practice (Axford & Morpeth, 2013; Bower, 2003; Chaffin & Friedrich, 2004; Stams, 2011). Wat in deze traditie als evidence-based (‘bewezen effectief’) geldt, staat volgens regels van het wetenschappelijk onderzoek vast. Zo gaat het op veel meer terreinen, bijvoorbeeld bij het onderzoek naar de effectiviteit van geneesmiddelen, dus waarom ook niet op het terrein van de preventie en jeugdhulp? Een belangrijke kritiek op deze benadering is dat dit al gauw leidt tot een disbalans, waarin de werkelijkheid wordt gereduceerd tot de toepassing van *research-based* kennis, terwijl de *practice-based* en *client-based* kennis en de *values* uit beeld raken (Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, 2017; Gorissen, 2017; zie ook Paragraaf 1.1). Het nadeel is verder dat de interventies in de jeugdsector vaak nog niet zover zijn uitgekristalliseerd dat ze goed onderzoekbaar zijn. Het kan weleens heel lang duren voor men zover is – als het ooit zover komt. En wat moet men intussen?

De tweede weg, beginnen bij wat er is en dat onderbouwen en uitbouwen, is veel minder uitgewerkt, maar kan vormgeven aan het ‘intussen’. Deze weg wordt naar onze mening nog veel te weinig benut om kennis over de effectiviteit van de interventies te verkrijgen. Het gaat hier niet zozeer om het creëren van evidence-based practice, maar om het ontwikkelen van practice-based evidence (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Lambert, 2010a). De definitie van het effect is hier minder eenduidig en de bewijsvoering is minder ‘hard’. Dat is een nadeel van deze tweede weg. Daar staat als voordeel tegenover dat deze weg snel is in te slaan – vandaag nog – en dat gaandeweg zal blijken dat de bewijzen minder ‘zacht’ zijn dan critici soms doen geloven. Bovendien zal blijken dat deze zachte bewijzen zich kunnen opstapelen tot ‘hardere’, meer overtuigende bewijzen. Het type onderzoek dat

deze beweging ondersteunt, wordt ook wel aangeduid als *practice-based* (Barkham e.a., 2008), *patient-focused* (Lambert, 2001), of *practice-driven* (Veerman & Van Yperen, 2007).

In dit boek zullen we aangeven dat het hier niet gaat om een tegenstelling, maar om twee benaderingen die elkaar kunnen versterken. Een goede combinatie van top-down implementeren van evidence-based interventies en bottom-up ontwikkelen van practice-based interventies leidt tot een resultaatgerichte beweging van meten, spreken en verbeteren die de effectiviteit van de praktijk sterk ten goede kan komen. Die combinatie bestaat uit het verhelderen, ontwerpen en theoretisch onderbouwen van werkwijzen in de praktijk en het monitoren van uitkomsten. Ook bestaat die uit het gebruik van bestaande wetenschappelijke kennis over evidence-based interventies en methoden van onderzoek. Gebruik van die kennis en methoden moet voorkomen dat men steeds het wiel opnieuw uitvindt. Tegelijk moet er ruimte zijn voor de praktijk om werkwijzen te ontwikkelen en dóór te ontwikkelen. We doen dit onder het motto van de Resultaatgerichte Ontwikkeling van interventies (RGOi). Die ontwikkeling bestaat uit het beschrijven, theoretisch onderbouwen, monitoren en op effectiviteit onderzoeken van interventies. Het is erop gericht het werk in de jeugdsector verder te expliciteren en steeds effectiever te maken. Betere uitkomsten voor jeugdigen, daar gaat het uiteindelijk om. In de volgende paragraaf typeren we deze benadering eerst verder. Daarna gaan we op hoofdlijnen in op de rol van het onderzoek. In de hoofdstukken die in dit boek zullen volgen, komen we daar nog uitgebreid op terug.

### Leidende principes van RGOi

Zoals gezegd, zien we de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies als een *gezamenlijk zoekproces* van praktijkwerkers, instellingsfunctionarissen en beleidsfunctionarissen, ondersteund door onderzoekers en met actieve betrokkenheid van cliënten. Daarbij worden *werkwijzen van de praktijk geëxpliciteerd en theoretisch onderbouwd* en *via uitkomstenmonitoring en gericht effectonderzoek empirisch ondersteund*, met het doel preventie en jeugdhulp te verbeteren. RGOi is eropuit *to make things better*. In dat licht hebben alle zojuist genoemde actoren belang bij de explicitering van de werkwijzen en monitoring van de uitkomsten. In het verlengde hiervan onderscheiden we bij de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies vier leidende principes:

1. *Aansluiting*. Het ontwikkelingsniveau van de interventie bepaalt voor een belangrijk deel de te ondernemen activiteiten in het zoekproces. RGOi sluit daarbij aan. Het ontwikkelingsniveau wordt gegeven door de mate waarin de interventie een te onderscheiden 'ding' is: in hoeverre zij te omschrijven, te onderbouwen en op resultaat te onderzoeken is. Het heeft bijvoorbeeld geen zin een experimenteel onderzoek te doen bij interventies die nog niet voldoende beschreven en van een theorie voorzien zijn (Jacobs, 1988; 2003). Daarnaast moet RGOi aansluiten bij de context van waaruit de interventie aangeboden wordt, meestal een orga-



nisatie op het gebied van preventie of jeugdhulp. Als daar al een cultuur heerst van ‘meten en weten’ en men hier al de nodige ervaring mee heeft, zal RGOi al een goede voedingsbodem hebben. Indien dit niet het geval is, verdient eerst die voedingsbodem versterking. In dit verband wordt ook wel gesproken van de mate van onderzoeksrijpheid en onderzoeksbereidheid van een praktijk (Veerman e.a., 2010). Deze hebben eveneens implicaties voor de inrichting van het zoekproces.

2. *Inbedding*. Bij RGOi is niet alleen de onderzoeker eigenaar van de effectvraag. Alle actoren stellen belang in het expliciteren van werkwijzen, monitoren en verder onderzoeken van uitkomsten in de praktijk. Het bepalen van het resultaat is daarbij geen ‘ding’ van de onderzoeker, maar is als een onlosmakelijk onderdeel ingebed in de professionele praktijk. Het ‘komt er niet nog eens bij’. In die zin zijn de cliënt en de praktijkwerker net zoveel eigenaar van de effectvraag als de onderzoeker. Dat betekent dat expliciteren van het handelen, het gebruik van meetinstrumenten en reflectie op de resultaten deel uitmaakt van het methodisch werken in de praktijk (Roosma, 2000). Op dezelfde manier is de effectvraag ingebed in het kwaliteitsbeleid van de aanbieder (de instelling) die de interventie aanbiedt. De gegevensverzameling gebeurt dan ook in registratiesystemen die functioneel zijn voor zowel de uitvoering als voor de organisatie. Teams in de organisatie reflecteren op de uitkomsten van hun interventies om de vraag te beantwoorden of hun organisatie verbeterlagen moet maken. En net zoals de effectvraag is ingebed in het beleid van de instelling, is hij ook ingebed in het beleid van financiers: leveren de organisaties een aanbod dat cliënten en samenleving helpt om risico’s en problemen aan te pakken?
3. *Benutting*. De resultaatbepaling van interventies dient niet in de bureaulade te belanden, maar de verzamelde gegevens moeten benut worden. Deze benutting begint op uitvoeringsniveau (het primaire proces). Dat geldt voor zowel het in praktijk brengen van een preventieprogramma op een school, als bij individuele diagnostiek en behandeling in een traject van jeugdhulp. Met meetinstrumenten verkregen gegevens hebben een functie in de dialoog met de deelnemers aan het zoekproces. In die dialoog staan vier vragen centraal:

- Zijn de resultaten te plaatsen (herkennen)?
- Kunnen we ze verklaren (begrijpen)?
- Zijn de resultaten goed genoeg (waarderen)?
- Welke verbeteracties zijn nodig (verbeteren)?

Zowel de praktijkwerker als de jeugdigen en/of de opvoeders die betrokken zijn bij de interventie hebben er op deze manier wat aan. Onderzoek heeft ook aangetoond dat een dergelijk gebruik van instrumenten de effectiviteit van het primaire proces op zich al bevordert (Van Yperen, 2013; zie ook Paragraaf 1.4). Van daaruit zijn de gegevens naar hogere niveaus te aggregeren om daar ook te worden besproken, bijvoorbeeld om zicht te krijgen op de effectiviteit van een groep van behandelaars binnen een instelling, van een bepaalde instelling als geheel of een groep



van instellingen. RGOi krijgt daarmee een rol op instellings- en beleidsniveau; hier werkzame functionarissen kunnen resultaten benutten in een cyclus gericht op de praktijk-, organisatie- en beleidsverbetering (Van Yperen, 2004; Van Yperen, 2013; zie ook Hoofdstuk 2 en 5).

4. *Samenwerking*. Voor de bovenstaande drie punten geldt dat elk niveau (primaire proces, team, instelling, beleid) zijn eigen aansluiting, inbedding en benutting kan verzorgen. Voor RGOi geldt echter dat het gaat om een gezamenlijk zoekproces waarin de niveaus elkaar versterken door samen te werken. Zo is het nodig dat de organisatie zich aan het proces verbindt door belang te hechten aan en ruimte te maken voor de ontwikkelingsactiviteiten op primair procesniveau: als goede werkgevers moeten bestuurders van instellingen hun werknemers van goede gereedschappen voorzien. Die gereedschappen bestaan uit de juiste interventies én de facilitering van de explicitering, onderbouwing, monitoring en het verdere effectonderzoek. Voor de financiers geldt iets soortgelijks: goed gereedschap groeit niet aan de bomen, voor de ontwikkeling en het onderhoud is financiële ruimte nodig voor de instellingen en de daar werkzame professionals. Zij kunnen de ontwikkeling van een effectieve praktijk bovendien verder versterken door bij de inkoop van voorzieningen sterk te letten op de resultaten die ermee te boeken zijn. Onderzoekers werken samen met praktijkwerkers, instellingen en beleid om de onderbouwing en monitoring zo goed mogelijk op orde te krijgen. In Hoofdstuk 2 gaan we hier uitgebreider op in. Hier gaat het erom dat duidelijk moet zijn dat RGOi een zaak van velen is.

De vier leidende principes van de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies helpen bij het op gang brengen van een meet-, spreek- en verbeterbeweging. Zij zijn te zien als de leidende principes van RGOi. Het doel hiervan is de dóórontwikkeling van interventies. Alle kennisbronnen die we eerder schetsten zijn daarbij van belang: research-based, expert-based, client-based en value-based. We hebben echter gezien dat het aantal interventies in de jeugdsector dat goed is onderzocht nog gering is én dat het gebruik van reeds bestaande kennis uit onderzoek achter lijkt te blijven. Zaak is dus om dat kennisgebruik te versterken. Alle actoren die we noemden zijn daarbij van belang. Het samenspel tussen cliënten, praktijkwerkers, instellingen, beleidsmakers en onderzoekers is nodig om de effectiviteit van de sector steeds beter te maken. RGOi is een levendige activiteit, die kennis oplevert om de ‘goede dingen’ nog beter te doen.

## 1.4 Praktijkgestuurd onderzoek ondersteunt RGOi: de effectladder als methodisch kader

Idealiter ondersteunt de wetenschap de ontwikkeling van interventies met onderzoek dat dezelfde principes kent als RGOi. Dat wil zeggen dat het onderzoek aansluit bij de staat van ontwikkeling van de interventie, het is ingebed in het primaire proces en de organisatie, het wordt benut voor verbetering van de interventie, waarbij samenwerking de sleutel is tot het succes.

Onderzoek dat op deze manier de ontwikkeling van interventies ondersteunt, zal in de meeste gevallen een sterk praktijkgestuurd karakter hebben. In de woorden van Hermanns (1993, p. 27) gaat het hier om onderzoek ‘... waarin onderzoekers en behandelingsfunctionarissen gezamenlijk een zoekproces doormaken, met het doel informatie te verzamelen die het praktisch handelen van een individuele behandelingsfunctionaris, een groep van behandelingsfunctionarissen, een bepaalde instelling of een groep van instellingen verandert’. De activiteiten van de onderzoeker bestaan uit de inbreng van inhoudelijke kennis, methodologische expertise en de uitvoering van onderzoeksactiviteiten. De inhoudelijke kennis heeft onder meer betrekking op relevante interventietheorieën en uitgevoerd onderzoek naar wat werkt. De methodologische expertise bestaat uit kennis over onderzoeksmethoden en de ervaring in het toepassen van die methoden in de praktijk. De uitvoering van onderzoeksactiviteiten houdt onder meer in: het ondersteunen van gegevensverzameling, de deelname in de uitvoering van analyses en de rapportage daarover, alsook aan de betekenisgeving van de resultaten. In praktijkgestuurd onderzoek zijn de leidende principes van RGOi herkenbaar: het sluit aan bij het ontwikkelingsniveau van de interventie, is ingebed in praktijk, organisatie en beleid, is gericht op benutting van de resultaten en vindt plaats in nauwe samenwerking met de verschillende actoren.

Onderzoekers sluiten op RGOi aan door met uiteenlopende onderzoeksmethoden bij te dragen aan het expliciteren van de werkwijzen en het vermeerderen van de kennis over de effectiviteit van de preventie en jeugdhulp. Sommige vormen van onderzoek bieden door hun bewijskracht meer zekerheid over de causale relatie tussen de interventie en de uitkomsten dan andere onderzoeksvormen. Soms zijn de studies met meer bewijskracht echter in een bepaalde praktijksituatie (nog) niet uitvoerbaar of (nog) niet zinvol en moeten we gebruikmaken van vormen van onderzoek die minder causale zekerheid bieden. Onderzoek dat ondersteunend is aan de ontwikkeling van interventies kent zo verschillende niveaus van bewijskracht, die elk een bepaalde betekenisgeving aan het concept ‘effect’ impliceren.

In Figuur 1.3 schetsen we een ‘effectladder’, met vijf niveaus van bewijskracht, die de effectiviteit van een interventie op evenzoveel manieren kunnen aanduiden. Bij het startpunt, in feite niveau 0 (niet in de figuur weergegeven), weten we nog maar weinig van de interventie die in de praktijk van alledag wordt uitgevoerd. We zouden ze *intuition-based* kunnen

noemen: praktijkwerkers hebben de overtuiging dat deze interventie zou kunnen werken, maar zowel de aard van de interventie als de argumentatie voor de werkzaamheid zijn niet expliciet gemaakt. Het verhaal achter de interventie is als het ware ‘verborgen’ (*tacit*, in het Engels, naar Freidsons aanduiding van de *tacit knowledge* die professionals vaak bezitten over wat wel en niet lijkt te werken – zie Freidson, 2001). Het perspectief is dat we hier via onderzoek gaandeweg meer over te weten kunnen komen. De effectladder geeft aan hoe die ontwikkeling eruit kan zien en welke onderzoeksmethoden en -opzetten daarbij passen.

Bewijskracht effectiviteit	Omschrijving	Soorten onderzoek ter ondersteuning RGOi	Ontwikkelings-niveau interventie
5. Sterke empirische aanwijzingen	Als 1 tot en met 4, maar nu is het zeer aannemelijk dat de uitkomsten door de interventie zijn veroorzaakt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Quasi-)experimenteel onderzoek en herhaalde casestudy's (N=1) met follow-up</li> <li>• (Quasi-)experimenteel en herhaald N=1-onderzoek zonder follow-up</li> </ul>	5. Werkzaam
4. Goede empirische aanwijzingen	Als 1 tot en met 3, maar nu is het enigszins aannemelijk dat de uitkomsten veroorzaakt zijn door de interventie en de elementen waaruit deze interventie bestaat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranderingstheoretisch onderzoek</li> <li>• <i>Dose-response</i>-onderzoek</li> <li>• Normgerelateerd onderzoek kwaliteitsstoetsend onderzoek en benchmarkstudies</li> </ul>	4. Plausibel
3. Eerste empirische aanwijzingen	Als 1 en 2, maar nu toont onderzoek aan dat de doelen zijn bereikt, cliënten tevreden zijn, problemen zijn afgenomen, vaardigheden versterkt, participatie verbeterd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitkomstenmonitoring: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Veranderingsonderzoek</li> <li>– Doelrealisatieonderzoek</li> <li>– Cliënttevredenheidsonderzoek</li> <li>– Onderzoek naar uitval</li> </ul> </li> </ul>	3. Doeltreffend
2. Theoretische aanwijzingen	Als 1, maar nu is er ook een geloofwaardige interventietheorie over hoe en waarom de interventie de beoogde uitkomsten bereikt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta-analyse</li> <li>• Literatuurstudie</li> <li>• Focusgroepen</li> <li>• <i>Grounded theory/Intervention Mapping</i></li> </ul>	2. Veelbelovend
1. Descriptieve aanwijzingen, nog geen bewijskracht	De kernelementen van een interventie (doelgroep, aanpak, uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële context en randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk omschreven.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschrijvend onderzoek</li> <li>• Documentanalyse</li> <li>• Interviews</li> <li>• Delphi-panels</li> </ul>	1. Voorwaardelijk

Figuur 1.3

De effectladder: methodisch kader voor praktijkgestuurd onderzoek

De effectladder biedt feitelijk een algemeen methodisch kader voor praktijkgestuurd effectonderzoek: welke aanpak past bij welke ontwikkelingsfase van de interventie en de daarbij behorende onderzoeksvraag? Het ontwikkelingsniveau van de interventie kan in dat licht variëren van ‘voorwaardelijk’ tot aan ‘werkzaam’. De bewijskracht die de verschillende methoden voor de effectbepaling leveren kan opklimmen van ‘geen’ tot aan ‘zeer sterk’. Op alle niveaus gaat het om het verzamelen van gegevens om de effectiviteit van interventies zoals ze in de praktijk worden uitgevoerd in beeld te brengen. Met andere woorden, het gaat om het verzamelen van practice-based evidence. Ook gaat het op alle niveaus om een betekenisgeving en benutting van de verzamelde gegevens, de vertaling naar wat dit inhoudt voor het verbeteren van de praktijk en beantwoording van de vraag of het zinvol is om de stap naar het volgende ontwikkelingsniveau te maken. Zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek dat op een gedegen, methodische manier helpt om de betekenisgeving van verschillende actoren betrouwbaar en valide bloot te leggen, levert daarin een zinvolle bijdrage. Zo vormt de mix van kwantitatieve en kwalitatieve methoden het arsenaal voor het praktijkgestuurde onderzoek.

Op elk volgend niveau kan men met meer graden van zekerheid inzicht verkrijgen in de causale relatie tussen de interventie en de uitkomsten. Het model toont hoe men vanuit een toestand van ‘geen kennis’ over effecten naar een toestand van ‘sterk empirisch onderbouwde kennis’ over effecten kan klimmen. Op die manier kan de praktijk zich via het leveren van practice-based evidence gaandeweg meer ontwikkelen tot een evidence-based practice (Barkham & Mellor-Clark, 2003).

Zoals we in Box 1.3 toelichten, moet men bij het beeld van de effectladder beseffen dat het hier niet gaat om een hiërarchisch model dat de *Randomized Controlled Trial* (RCT) als het beste design aanwijst. De ladder verbeeldt een ontwikkelingsmodel (Veerman & Van Yperen, 2007), bedoeld om de juiste onderzoeksmethode te koppelen aan de juiste ontwikkelingsfase van een interventie en om opwaartse druk aan de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies te geven (Van Yperen, 2004).

### Box 1.3

#### De effectladder: een bijsluiter

De effectladder is een handig hulpmiddel om te laten zien hoe onderzoeksopzetten kunnen aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van een interventie. Maar onze ervaring is ook dat het beeld de nodige misverstanden kan wekken. Vijf van die misverstanden willen we hier de wereld uit helpen.

- *Geen hiërarchisch model, maar een ontwikkelingsmodel.* Het eerste misverstand is dat de effectladder een hiërarchisch model is dat de RCT als ‘het hoogste goed’ ziet. Dat is echter niet de bedoeling. Het is een ontwikkelingsmodel. Het ene niveau is daarbij niet belangrijker dan het andere. Net zoals de kleuterfase niet van minder betekenis is dan de puberteit, heeft ook hier elk niveau zijn intrinsieke waarde en levert het zijn bijdrage aan de groei van kennis omtrent de effectiviteit van een interventie. De ontwikkeling houdt ook niet op. Toegenomen

men kennis, verandering van doelgroepen en omstandigheden kunnen aanleiding geven tot de ontwikkeling van een nieuwe generatie van interventies, voortbordurend op de kennis en ervaring die er is. Jacobs (2003) wijst erop dat een evaluatiestudie niet perfect hoeft te zijn, maar gegeven de aard van de interventie en de beleidscontext ‘goed genoeg’ moet zijn.

- *Niet het design, maar de uitvoering ervan bepaalt de bewijskracht.* Met name bij designs voor de verzameling van empirisch bewijs heerst het idee dat een RCT per definitie krachtiger is dan bijvoorbeeld een veranderingsonderzoek. Maar als een RCT slecht is uitgevoerd, levert het alsnog weinig zekerheid op over de effectiviteit van een interventie. Een van de meest voorkomende gebreken die we in dat licht tegenkomen, is dat veel te weinig is gekeken of de experimentele interventie wel is uitgevoerd zoals bedoeld en of de controlegroep een interventie kreeg ‘besmet’ was met kennis over de experimentele conditie. Als dit soort checks uitblijft, heeft de RCT weinig meer zeggingskracht dan een veranderingsonderzoek.
- *Eens beschreven is niet altijd zo bedreven.* De effectladder impliceert niet dat de verschillende studies opeenvolgend worden uitgevoerd. Eerder gaat het om een stapeling van activiteiten. Zo volstaat het niet om alleen in het begin van de ontwikkeling van een interventie beschrijvend onderzoek te doen naar wat er in een interventie precies gebeurt. Ook tijdens een effectstudie zal men dat moeten doen om na te gaan of de interventie wordt bedreven zoals beschreven. Bij een experimentele studie waarin de interventie wordt vergeleken met de reguliere zorg, is ook een beschrijving van die reguliere zorg van belang. Immers, die reguliere zorg kan al aardig wat werkzame elementen bevatten en daardoor even effectief blijken als de experimentele interventie. Descriptief onderzoek dient eraan bij te dragen dat dit verhelderd wordt. Voorts kunnen kwalitatieve methoden helpen de gevonden resultaten te verklaren. Al met al gaat het niet om het successievelijk doorlopen van de niveaus van de ladder, maar om het steeds verder uitbouwen van het effectonderzoek.
- *De ladder wordt niet altijd sport voor sport beklommen.* Soms begint men met het monitoren van de resultaten en ontdekt men een werkwijze die opvallend goed scoort. Dan kan dat aanleiding zijn om beschrijvend onderzoek te starten: wat doet men daar kennelijk zo goed? Dat geldt overigens ook voor de doorontwikkeling van interventies: soms gaat men terug ‘naar beneden’ en bouwt men verder aan een – hopelijk – betere versie. Zo kan het voorkomen dat men – zoals we eerder opmerkten – bijvoorbeeld niveau 3 of 4 goed genoeg vindt voor de empirische onderbouwing; liever zoekt men daarna naar verdere aanpassingen om de interventie (nog) beter te maken. We willen er maar mee zeggen dat de effectladder in de praktijk een minder lineair karakter heeft dan zoals geschetst.
- *Onderzoek in eerdere ontwikkelingsfasen kan ook later van dienst blijven.* Beschrijvend onderzoek dat laat zien hoe men de interventie uitvoert, kwalitatief onderzoek dat helpt resultaten praktisch en theoretisch te duiden, uitkomstenmonitoring die meteen ook voor onderzoek is te gebruiken: het blijven activiteiten die ook op ‘hogere’ ontwikkelingsniveaus buitengewoon nuttig zijn. Een ‘kale’ RCT waarin men alleen maar kijkt naar het verschil in resultaat tussen de experimentele en controlegroep zegt immers zo weinig. De andere methoden – inclusief die van kwalitatieve aard – blijven broodnodig om de resultaten op tafel te krijgen en te begrijpen (Glenton, Lewin & Scheel, 2011).

Die ontwikkeling zou in ieder geval moeten beginnen met een goede beschrijving van de interventie, gevolgd door theorievorming, et cetera. Zekerheid over de vraag of de effecten ook daadwerkelijk zijn toe te rekenen aan de betreffende interventie neemt toe naarmate men hoger op de ladder komt. Met name als het gaat om de designs voor de verzameling van de empirische aanwijzingen bepaalt niet alleen het type design de sterkte van het bewijs voor causaliteit, maar ook de kwaliteit waarmee dat design in de praktijk is toegepast (zie ook May & Mathijssen, 2015). Ook de bewijskracht van een RCT komt onder druk te staan als de uitvoering niet goed is.

Vergelijken we de stappen op onze effectladder met indelingen van anderen, dan verwijzen we graag naar de publicaties van Bijl (1996), Jacobs (1988; 2003), Kazdin (1997) en Wandersman en anderen (2000). Jacobs onderscheidt in haar *Five Tiered Approach* voor evaluatieonderzoek ook vijf niveaus, die grotendeels overeenkomen met die van ons. Zij pleit voor onderzoek dat misschien niet ideaal is, maar wel ‘goed genoeg’, gezien het ontwikkelingsstadium van een interventie. Wandersman en collega’s propageren een *Getting to Outcomes*-benadering voor programma-evaluatie gericht op verbetering en verantwoording, waarin onze niveaus te herkennen zijn in de zes planningsvragen en de vier evaluatievragen die vanuit deze benadering aan een programma gesteld worden. Kazdin beschrijft een model voor de ontwikkeling van effectieve interventies voor jeugdigen waarin, meer dan voor die tijd gebruikelijk is, naast het vaststellen van effecten ook aandacht wordt gevraagd voor de specificatie en onderbouwing van een interventie en de werkzame mechanismen. Bijl concludeerde op grond van een literatuurstudie dat ‘solide’ interventies een beter perspectief hebben op doelbereiking – effectiever zijn – dan minder goed doortimmerde aanpakken. Solide interventies onderscheiden zich doordat zij gedegen ontwikkeld en onderbouwd zijn, en goed geëxpliciteerd en onderzocht.

Verder lijken onze stappen veel op de erkenningsniveaus van de Erkenningscommissie Jeugdinterventies ([www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies); Zwikker e.a., 2015) en de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nji. We voegen alleen, als eerste stap, het voorwaardelijke niveau toe van een goede beschrijving. Dit niveau is ook aanwezig in de Interventie-database Loket Gezond Leven van het RIVM Centrum Gezond Leven ([www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database](http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database)) en in de door Movisie onderhouden Databank Effectieve Sociale Interventies ([www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies](http://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies)). Hoewel bewijskracht voor de effectiviteit op dit niveau nog feitelijk afwezig is, zien we dit als een eerste stap om interventies uit de ‘hoofden’ van praktijkwerkers en cliënten in de ‘boeken’ te krijgen. Dit bevordert onderlinge communicatie, men weet waarover men praat, het helpt de gezamenlijke reflectie op het handelen, het maakt een interventie overdraagbaar in opleidingen en is een voorwaarde voor verdere ontwikkeling en onderzoek.

Bij de meeste buitenlandse databanken (zie de eerdergenoemde websites) overheerst de overtuiging dat er pas van effectiviteit gesproken kan worden als er in het onderzoek een vergelijkingsgroep aanwezig is. Dat betekent dat men

alleen het bovenste niveau van onze ladder ('werkzaam') als bewijskracht accepteert. Wij vinden dat onwenselijk. Zoals hiervoor al aangegeven, is er van de meeste interventies die in de praktijk worden uitgevoerd nog geen idee over de effectiviteit dat uitstijgt boven geloof of de overtuiging van een of meer individuele praktijkwerkers. Om die interventies op een niveau met sterkere bewijskracht te brengen is de sprong naar het hoogste niveau te groot. Wij hechten aan een ontwikkelingsperspectief waarbij men in kleine stapjes steeds meer bewijskracht kan verzamelen. Daarmee is de afstand tussen 'geen aanwijzingen' en 'sterke empirische aanwijzingen' voor effectiviteit te overbruggen en begaanbaar te maken. Daarbij komt dat het niet altijd nodig is om naar de hoogste sport te klimmen; van belang is om op elk niveau steeds na te gaan of men uit een onderzoek genoeg te weten is gekomen om de interventie verder te ontwikkelen. Het volgende niveau is alleen interessant als dat voor de verbetering van het resultaat van de interventie bruikbare kennis oplevert.

### **Ontwikkelingsniveau 1: Descriptieve aanwijzingen - voorwaardelijk niveau**

Op dit niveau gaat de aandacht uit naar de inhoud van de interventie(s). Deze worden op dit niveau nader omschreven en gespecificeerd. Daarbij dient de aandacht vooral uit te gaan naar:

- Het doel van de interventie: welke uitkomsten streeft men na?
- De doelgroep van de interventie: is de interventie bedoeld voor iedereen of wordt hij geacht (vooral) te werken voor kinderen en gezinnen met bepaalde problemen?
- De aanpak:
  - Wat zijn de inhoudelijke elementen – technieken, strategieën – die in de interventie worden toegepast?
  - Wat zijn relevante structuurkenmerken zoals de vereiste frequentie, intensiteit, duur, fasering?
- De context: wat is er aan materiële, financiële en organisatorische ondersteuning nodig om de interventie in een instelling goed te kunnen uitvoeren, en welke overige uitvoeringseisen ten aanzien van opleiding en supervisie zijn van toepassing?

Door de zorgprogrammering is het beschrijven van interventies in de jeugdzorg rond de eeuwwisseling in gang gezet. De afgelopen jaren zijn tal van interventies beschreven. Niet voor elke zorginstelling zal dit een 'levende' en 'levendige' gebeurtenis zijn geweest. Sommigen ervaren het beschrijven van de werkwijzen in de praktijk wellicht als een bureaucratische oefening (zie ook Box 1.4). Toch zien we dit als een eerste stap op weg naar kennis over effectieve interventies. In meer bedrijfskundige termen gaat het om de specificatie van het product. Als helder is waar dit product precies uit bestaat, is te beoordelen (eventueel door deskundige buitenstaanders) of dit uit de goede dingen bestaat. 'Goed' betekent hier: in het licht van het doel van de interventie en de wetenschappelijke en praktijkkennis die we hebben over hoe dat doel te bereiken is. Hoe meer de inhoud van een interventie actuele



inzichten in het vakgebied weerspiegelt, en hoe duidelijker de interventie in een stappenplan of handleiding uiteen is te zetten, hoe beter aan de voorwaarden is voldaan om effectief te zijn. Dit is op te vatten als een eerste stap in de richting van het aantonen van de effectiviteit van de interventie. In Hoofdstuk 3 komt dit verder aan bod. Het soort onderzoek dat hierbij van dienst kan zijn is descriptief van aard, het kan bestaan uit het bestuderen en analyseren van documenten, het observeren van de uitvoering van interventies, het interviewen van praktijkwerkers en cliënten, het houden van focusgroepen of Delphi-panels. Dit levert een eerste vorm van practice-based evidence op. Maar een beschrijving is nog niet genoeg om de interventie ‘goed’ te maken. Daarvoor dient er meer op tafel te komen. Dat kan, en daarvoor gaan we naar niveau 2.

#### Box 1.4

#### Is dit niet erg bureaucratisch?

Sommigen zullen zich misschien afvragen wat dit beschrijven voor nut heeft. Is dit niet een erg bureaucratische aangelegenheid, goed voor het vullen van de bureaulade maar niet voor het aanleveren van kennis waar werkers in de jeugdhulp iets mee kunnen? Laten we dit eerst eens vanuit een macroperspectief bekijken. Een onderzoek van 32 gemeentelijke rekenkamers liet in 2012 zien dat de opgerichte Centra voor Jeugd en Gezin vooral bedrijfsverzamelgebouwen waren (Algemene Rekenkamer, 2012). Het ontbrak aan duidelijkheid omtrent taken, werkwijze, kosten en bedoelde effecten van de nieuwe instelling. Deze constatering van de rekenkamers maakt duidelijk wat de relevantie is van niveau 1 van de effectladder: laat zien wat je doet, voor wie, met welk doel en tegen welke kosten. Het is de basis van maatschappelijk verantwoord en doeltreffend beleid en ondernemen. Maar zou dat ook vanuit een microperspectief, dat van de praktijkwerker, niet gelden? Zou de overtuiging dat men met iets goeds bezig is niet kunnen groeien naarmate het goede meer en beter beschreven is en daarmee ook bespreekbaar en overdraagbaar is? Een voorwaarde hiervoor is wel dat praktijkwerkers, instellingen, beleidsmakers en onderzoekers de beschrijving van het werk in de preventie en jeugdhulp als een noodzaak van een goed functionerend stelsel vooropstellen. Dan is het geen bureaucratische aangelegenheid. Dat is een eerste stap in de resultaatgerichte ontwikkeling van interventies en het ondersteunende onderzoek.

#### Ontwikkelingsniveau 2: Theoretisch goed onderbouwd - veelbelovende interventies

Een volgende stap is dat praktijkwerkers van elke interventie die ze aanbieden aannemelijk maken dat deze zou kunnen werken: waarom zou door de interventie de gewenste uitkomst bij de beoogde doelgroep worden bereikt? Hiermee wordt een interventietheorie (*program theory*) geëxpliciteerd die intern een rationale en extern een legitimering voor het uitvoeren van een interventie geeft (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004). We doelen hier niet zozeer op een louter wetenschappelijke theorie, maar op een theorie die zowel ervaringen van cliënten en praktijkwerkers als wetenschappelijke theorie en kennis integreert (Bijl, 1996; Chen, 1990).

Het formuleren van zo’n theorie lijkt een hoog studeerkeramergehalte te hebben (zie ook Box 1.5), maar niets is minder waar. Voor de praktijk is het



een belangrijke stap. Een goede theorie specificceert het te bereiken effect nader, geeft aan wat de werkzame factoren van de interventie zijn waarmee het effect wordt bereikt en biedt een verklaring waarom dit zo is. Hiermee heeft de praktijkwerker een goed verhaal in handen dat aangeeft waarom een interventie nuttig kan zijn. Onderzoek op volgende treden van de effectladder kan zo'n specificatie toetsen. Dat draagt weer bij aan de algemene theorievorming over wat wanneer, voor wie en waarom werkt (de vijf W's van Orobio de Castro, 2007), zodat we steeds beter de werking van preventie en jeugdhulp leren begrijpen. En dat helpt ons weer interventies effectiever te maken.

Het formuleren van een solide theorie maakt een interventie veelbelovend. Bij landelijke erkenningstrajecten spreekt men van 'goed onderbouwd' (Zwikker e.a., 2015). Zo wordt theoretisch aannemelijk gemaakt dat een interventie zou kunnen werken. In Hoofdstuk 3 en 6 wordt hier verder aandacht aan besteed. Onderzoek dat hierbij helpt bestaat enerzijds uit het via literatuurstudie en meta-analyses ontsluiten van wetenschappelijke kennis over effectieve interventies en daarin werkzame factoren (de 'boeken'), anderzijds kan het gericht zijn op het ontlocken en expliciteren van ervaringskennis van praktijkwerkers en cliënten (de 'hoofden'). Hier kunnen met name kwalitatief en ontwerpgericht onderzoek een belangrijke rol spelen (zie onder meer Van Aken & Andriessen, 2011, Baarda e.a., 2013; Mortelmans, 2013; Omlo, Bool & Rensen, 2013). Met de langs deze weg verkregen theorie wordt ten opzichte van het vorige niveau dus weer verdere practice-based evidence verkregen.

De interventietheorie moet zoveel mogelijk gebruikmaken van reeds bestaande kennis over wat wel en niet werkt. En voor het overige zal onderzoek moeten laten zien of een theorie ook daadwerkelijk klopt. Daarvoor hebben we de volgende niveaus van de effectladder nodig, waarop de empirie een steeds belangrijkere rol in de bewijsvoering inneemt.

### Box 1.5

#### Is dit niet vooral iets voor studeerkamergeleerden?

De classificatie 'veelbelovend' is bij interventies in de preventie en de jeugdhulp al een belangrijke stap vooruit. Immers, naast een goede beschrijving is er nu ook een goed 'verhaal' waarom dit logischerwijs zou kunnen werken. Deze stap zal voor veel interventies nog een brug te ver blijken. Bij een analyse die wij verrichtten naar de kwaliteit van een aantal Gelderse jeugdzorgmodules en modules voor intensieve ambulante gezinsbehandeling viel juist het gebrek aan theoretische onderbouwing op (Delicat, Pijnenburg & Veerman, 2003; Veerman, Janssens & Delicat, 2005).

Hetzelfde is te zeggen van veel programma's die gericht zijn op de gezondheidsbevordering van jeugdigen ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl), interventie-overzicht januari 2016). Degenen die menen dat de theoretische onderbouwing wellicht te abstract gaat worden, willen we herinneren aan het bekende gezegde van Kurt Lewin, een van de voorvaders van de moderne psychologie, dat 'niets zo praktisch is als een goede theorie' (onder andere aangehaald in De Groot, 1961). Professionals op de werkvloer kunnen immers steun ondervinden van een theoretisch raamwerk. Het zet de neuzen dezelfde kant op, creëert een gemeenschappelijke taal over de werking en legt ook uit waarom de interventie voor de ene groep ge-

schikt is en voor de andere niet. Sommige onderzoekers (zie bijvoorbeeld Wampold, 2010) stellen zelfs dat het hebben van een theorie op zich een zeer belangrijke factor is in de werkzaamheid van uiteenlopende interventies. Volgens deze benadering geeft deze theorie voor de praktijkwerker en zijn cliënten een gemeenschappelijk ‘geloof’ in de zinvolheid van de interventie. Dat geloof – en dan met name de inhoudelijke consistentie van het verhaal over waarom een interventie zou werken – zou belangrijker zijn dan de exacte inhoud van de theorie. Wij kunnen ons moeilijk voorstellen dat een interventietheorie inderdaad alleen maar ‘geloof’ is. Het lijkt ons onwaarschijnlijk dat de preventie van roken, de aanpak van een taalachterstand bij peuters, of de behandeling van kinderen die misbruikt zijn alleen maar draait om ‘een goed verhaal’. En hoe weten we dat een goed verhaal ook waar is? Dat vraagt om ondersteuning door feitelijke, empirische gegevens. En dat betekent weer verder onderzoek.

### **Ontwikkelingsniveau 3: Eerste empirische aanwijzingen voor effectiviteit – doeltreffende interventies**

Op dit niveau gaat de nieuwsgierigheid uit naar empirische gegevens over de effectiviteit van de interventie. Dat vergt het inrichten van de praktijk als ‘meetlaboratorium’ (Veerman, 2004a), of het uitvoeren van praktijkgestuurd empirisch effectonderzoek (Van Yperen, 2004). Hier biedt de interventietheorie steun, want als het goed is zijn bij de formulering hiervan theoretisch relevante concepten gebruikt (bijvoorbeeld: taalaanbod in de omgeving, teruggetrokken gedrag, dwanggedachten, vijandige attributies, opvoedingsonmacht, gehechtheid). Door te gaan meten vergen deze concepten een verdere operationalisering en vindt gegevensverzameling plaats om de houdbaarheid van de interventietheorie aan een eerste toets te kunnen onderwerpen.

Het onderzoek kan de vorm aannemen van (1) studies naar de reden waarom cliënten niet meer aan de interventie willen deelnemen en afhaken (‘uitval’), (2) het vaststellen van tevredenheid van cliënten over de resultaten van de geboden interventie, (3) het evalueren van de mate waarin gestelde doelen zijn bereikt en (4) het verrichten van begin- en eindmetingen om veranderingen op het spoor te komen. Hiervoor wordt respectievelijk onderzoek naar uitval, cliënttevredenheidsonderzoek, onderzoek naar overeengekomen doelen of veranderingsonderzoek uitgevoerd. Uitkomstenmonitoring – het routinematig meten van de resultaten van interventies in de praktijk – bevat vaak combinaties van deze vormen van onderzoek en biedt een belangrijke basis van gegevensverzameling in praktijkgestuurd onderzoek.

Door te monitoren en herhaald een bepaald kenmerk te meten, is zichtbaar te maken of dat kenmerk in de loop van de tijd verandert (Jansen & Herder, 2014). Men spreekt hier ook wel van *Routine Outcome Monitoring* (ROM) als de door interventies verwachte verandering van kenmerken routinematig, als onderdeel van het werk, in beeld wordt gebracht. De literatuur laat zien dat uitkomstenmonitoring een belangrijk kwaliteitsbevorderend effect kan hebben, of in ieder geval dat de verwachtingen daarvan hoog zijn.

- In het *primaire proces* volgt men bijvoorbeeld systematisch de mate waarin de problematiek van cliënten afneemt tijdens de behandeling. Dat kan op

zich al een positief effect hebben op de doelgerichtheid en de uitkomsten van de hulpverlening (Boswell e.a., 2015; Carlier e.a., 2012), met name bij cliënten die risico lopen op een minder gunstige ontwikkeling, de zogeheten *not on track cases* (Gondek e.a., 2016; Lambert, 2010a; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010; zie ook Lutz, De Jong & Rubel, 2015 en Van Yperen, 2013 voor recente samenvattingen van onderzoek en meta-analyses op dit terrein). Als een praktijkwerker bovendien bij elke meting ook nog informatie ontvangt op grond waarvan hij de aanpak bij zijn cliënten kan sturen, de zogeheten *clinical support tools*, verbeteren er nog meer. De resultaten van onderzoek van Michael Lambert en zijn collega's laten zien dat zonder feedback 22 procent van de cliënten er substantieel op vooruitgaat, met alleen feedback aan behandelaars gaat 38 procent vooruit, met feedback aan behandelaars en cliënten gaat 45 procent vooruit en met feedback en clinical support tools stijgt het percentage tot 53 procent. Bij deze bevindingen horen wel twee kanttekeningen. In de eerste plaats geldt dat het onderzoek van Lambert en zijn collega's voornamelijk betrekking heeft op resultaatmetingen die niet alleen aan het einde van de zorg, maar ook tussentijds zijn verricht. Dat biedt mogelijkheden voor tijdige bijsturing op het resultaat. Ten tweede is het onderzoek naar de effecten van monitoring tot nu toe vooral op de zorg aan volwassenen gericht. Niettemin zijn er aanwijzingen dat deze effecten ook in de zorg voor jeugdigen te verwachten zijn (Bickman e.a., 2011; Tam & Ronan, 2017; Warren, Nelson & Burlingame, 2009; Nederlands onderzoek hiernaar is gaande, zie Van Sonsbeek e.a., 2014). Daarnaast denken wij dat – als de praktijkwerker over alleen eindmetingen beschikt – de resultaten van een interventie ook zullen verbeteren als hij op grond van deze metingen meer systematisch reflecteert op de verbetermogelijkheden van zijn handelen.

- *Teams en instellingen* kunnen de monitoring van het primaire proces ook op geaggregeerd niveau benutten –dit wordt ook wel *outcome management* genoemd. Met 'geaggregeerd niveau' wordt bedoeld dat de uitkomsten van diensten voor meerdere cliënten van een team of instelling over een bepaalde tijdsperiode worden gecombineerd en besproken. Naar het effect hiervan is verrassend weinig onderzoek gedaan. Oudejans (2009) organiseerde in het kader van haar onderzoek in de verslavingszorg feedbacksessies voor teams waarin behandeluitkomsten gepresenteerd werden met het doel 'lerende organisaties' te ontwikkelen. Zij kon geen lerend effect vinden, waarschijnlijk omdat er geen duidelijke verbeteracties aan werden gekoppeld. Leijsen (2008) en Balfort & Bastiaanssen (2013) konden wel laten zien dat de jaarlijkse teambespreking van de uitkomsten van respectievelijk een intensieve gezinsbehandeling en een programma voor agressieve kleuters tot een spectaculaire stijging van de effecten op de gedragsproblemen van jeugdigen en de opvoedingsbelasting van ouders leidde. Uitkomstenmonitoring lijkt te stimuleren dat teams meer aandacht hebben voor het bereiken van zo goed mogelijke resultaten (zie bijvoorbeeld Bosma, 2011). We komen daar in Hoofdstuk 22 op terug.

- Ook in *het beleid* is monitoring een bekend fenomeen (zie onder meer Hoofdstuk 12). Sinds de gemeenten integraal verantwoordelijk zijn voor het preventieve jeugdbeleid en de jeugdhulp, staat daar de uitkomstenmonitoring op beleidsniveau hoog op de agenda (Van Yperen, De Wilde & Keuzekamp, 2014). De resultaten van beleidsinspanningen worden bijvoorbeeld gevolgd door systematisch in beeld te brengen hoe het staat met de gezondheid van kinderen, hun schoolprestaties, de mate waarin ze meedoen aan sport en of ze na school in een baan terechtkomen (zie Gemeente Rotterdam, 2015). Ook voor deze vorm van monitoring geldt volgens Van Yperen (2013) dat er weinig onderzoek is naar de vraag of dit leidt tot betere resultaten. Ook hier is te zien dat er geen sprake is van een cyclus waar verbeteracties onderdeel van uitmaken. Dat ze dat wel gaan doen is dus op zich al een belangrijke verbeteractie.

Gezien het belang zijn er voor de preventie en jeugdhulp landelijke adviezen gemaakt over de wijze waarop de uitkomstenmonitoring plaatsvindt. Tabel 1.1 biedt daarvan een impressie. In verschillende hoofdstukken komt deze set van zogeheten ‘outcome-indicatoren’ terug.

Tabel 1.1

Sets van outcome-indicatoren in preventie en jeugdhulp (VNG e.a., 2016; Van Yperen e.a., 2014)

Outcome-indicator	Type dienst	Omschrijving
Uitval	Preventie	Mate waarin cliënten deelname aan preventieprogramma voortijdig beëindigen
	Jeugdhulp	Mate waarin cliënten eenzijdig deelname aan jeugdhulptraject voortijdig beëindigen
Tevredenheid	Preventie	Mate waarin doelgroep de dienst als nuttig waardeert
	Jeugdhulp	Mate waarin cliënten tevreden zijn over de resultaten van de hulp
Doelrealisatie (en probleemafname)	Preventie	Mate waarin doelgroep aangeeft dat het preventiedoel is bereikt
	Jeugdhulp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mate waarin cliënten aangeven zonder hulp verder te kunnen</li> <li>• Mate waarin X jaar na afsluiting geen nieuwe starthulp nodig is</li> </ul> En bij intensieve (niet-vrij toegankelijke) hulp: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mate waarin overeengekomen doelen deels of geheel zijn gerealiseerd</li> <li>• Mate waarin problemen van cliënten zijn verminderd, zelfredzaamheid is versterkt en/of participatie is vergroot</li> </ul>

Dit soort monitorgegevens zijn te beschouwen als eerste aanwijzingen voor effectiviteit (zie onder meer Van Yperen, 2012a; Van Yperen & De Wilde, 2014). Om een causaal verband te kunnen leggen tussen de in beeld gebrachte trend en de interventies zijn aanvullende studies en interpretaties nodig. Interessant is in dat verband dat monitoring zich voor die interpretaties goed laat combineren met kwalitatieve methoden (bijvoorbeeld het werken met focusgroepen of met een ‘effectenarena’ – zie Mortelmans, 2013; Omlo e.a., 2013) waarin cliënten, praktijk- en instellingsfunctionarissen en beleidsmakers betekenis geven aan de gemeten trends. De monitors bieden de cijfers, de kwalitatieve methoden het verhaal achter de cijfers. Het prettige is dat voorheen het beeld van de effecten van interventies vooral uit verhalen bestond; met monitors komen er steeds meer cijfers om die verhalen te staven en te voeden.

Anders dan op de vorige niveaus leveren de activiteiten op dit niveau geen theoretische, maar empirische practice-based evidence op dat aan geeft of een interventie doeltreffend is. Hoofdstuk 4 en 13 gaan hier verder op in. De activiteiten leveren nog geen sluitend bewijs dat de uitkomsten ook daadwerkelijk door de interventie zijn veroorzaakt. Maar het vaststellen dat een interventie bereikt wat men wilde bereiken, levert wel eerste empirische aanwijzingen voor effectiviteit op (zie Box 1.6). Hiermee zijn we weer een stapje verder op de effectladder. Sceptici zullen hier ongetwijfeld op wijzen en vragen om onderzoek op niveau 5, waarbij een controlegroep dienstdoet om dit soort verklaringen uit te sluiten. Voor we daar aankomen bespreken we nog een nuttig ‘tussenniveau’, waarop we effecten nog niet kunnen bewijzen, maar wel plausibel kunnen maken.

#### Box 1.6

#### Is dit niet allemaal boterzacht?

Voor sommige doeleinden is zachte boter heel goed te gebruiken.

De praktijkwerker en de instelling hebben op dit niveau cijfers in handen, en daarmee ook sterkere argumenten om de interventie als interessant voor burgers en beleidsmakers naar voren te schuiven: wie heeft laten zien dat hij de beoogde resultaten behaalt, staat steviger. Ook de werkvloer heeft op dit niveau iets in handen. Cijfers geven feedback op het werk, laten zien wat tot resultaat leidt en wat niet. In termen van kwaliteitszorg laten cijfers zien dat het goede goed gedaan wordt en waar, indien nodig, verbeteracties nodig zijn. Zoals we in dit boek veel zullen tegenkomen, spreken de cijfers daarbij zelden voor zich, maar hebben ze duiding nodig. Waarom gaan er dingen goed, wat is nodig om te verbeteren en welke ideeën zijn daarvoor te vinden? Kwalitatief onderzoek via bijvoorbeeld cliëntenpanels en interviews bij praktijkwerkers vormt daarbij een belangrijke informatiebron.

Ook wetenschappelijk gezien levert de uitkomstenmonitoring belangrijke informatie op. Immers, men krijgt een indicatie van de mate waarin de doelen worden bereikt, veranderingen optreden en cliënten de interventie de moeite waard vinden. Dit is belangrijke informatie voor een eventueel te maken vervolgstap. Immers, zou je als onderzoeker een hoogstaande effectstudie willen entameren als de monitoring al laat zien dat er bij de doelgroep nauwelijks veranderingen optreden?

Nee dus. Eerder is het dan zaak te gaan kijken of de interventie bijstelling heeft, of dat de implementatie beter moet. Pas als dat tot voldoende resultaten leidt, is een volgende stap aangewezen. Die stap blijft interessant. Want nog steeds bestaat de mogelijkheid dat niet de interventie tot de gunstige uitkomsten heeft geleid, maar bijvoorbeeld de intensieve aandacht die de cliënten en de praktijkwerkers met het onderzoek hebben gekregen. Dan zijn het niet de specifieke, theoretisch werkzame factoren die de uitkomsten hebben veroorzaakt, maar non-specifieke factoren.

#### Ontwikkelingsniveau 4: Goede empirische aanwijzingen – plausibele interventies

Het is mogelijk de onderbouwing verder te versterken zodat de empirische aanwijzingen van het vorige niveau sterker komen te staan. De kern is hier dat er in de onderzoeksopzet een norm- of een vergelijkingsgroep geïntroduceerd wordt die meer bewijskracht geeft dan alleen een onderzoeksopzet met begin- en eindmetingen. In normgerelateerd onderzoek bijvoorbeeld kan men de effectgroottes van de begin- en eindmetingen uit veranderingsonderzoek vergelijken met de effectgroottes die in reeds gepubliceerde experimentele studies met betrekking tot soortgelijke interventies zijn gevonden. Die laatstgenoemde effectgroottes dienen dan als norm of benchmark. De hypothese is dan dat het effect in het eigen onderzoek deze norm haalt; als dit het geval blijkt, dan is het weer een stukje aannemelijker dat de uitkomsten aan de interventie zijn toe te schrijven. Een ander voorbeeld van een hypothese op dit niveau is dat men bij een opvoedcursus voor ouders met agressieve kinderen toetst of het aanleren van specifieke opvoedingsvaardigheden tijdens de interventie leidt tot afname van het agressieve gedrag van de betrokken kinderen na de interventie. Of men kan de hypothese toetsen dat naarmate de cursus meer volgens de voorschriften wordt uitgevoerd de effecten groter zullen zijn; voor deze zogeheten ‘getrouwheidshypothese’ zijn aanwijzingen dat deze geldig is (Durlak & DuPre, 2008; Goense e.a., 2014; zie ook Hoofdstuk 17). Of men verwacht dat de effecten sterker worden als de ‘dosis’ toeneemt, bijvoorbeeld dat de effecten groter zijn als ouders meer bijeenkomsten van de cursus bezocht hebben, de zogeheten ‘dose-response’-hypothese (Reynolds, 2004).

Gemeenschappelijk in deze voorbeelden is dat men op basis van een veranderingstheorie hypothesen opstelt die een voorspelling impliceren. Als de voorspelling uitkomt, is de effectiviteit van de onderzochte interventie plausibel gemaakt. Voor een aantal interventies geldt dat dit soort onderzoek het hoogst haalbare – en daarom goed genoeg – is, simpelweg omdat het niet mogelijk is controlegroepen te formeren (zie ook Box 1.7).

#### Box 1.7.

##### ‘To experiment or not to experiment, is that the question?’

Sterke voorstanders van het experimentele onderzoek zullen wel waardering voor normgerelateerd en theoriegestuurd onderzoek hebben, maar zij zullen huiverig zijn om mee te gaan met de effectclaim. Zij zullen wellicht aangeven dat theorieën

vaak lang niet zo uitgesproken en onderbouwd zijn als men zou willen. Ook kunnen ze beweren dat er vaak meerdere theorieën denkbaar zijn, waardoor de houdbaarheid van de hypothesen afneemt en het aantal alternatieve verklaringen toeneemt, wat de effectclaim zwakker maakt (zie Shadish, Cook & Campbell, 2002, p. 501). Zij hebben daar gelijk in.

Maar normgerelateerd en theoriegestuurd onderzoeken ontleen een belangrijk deel van hun nut aan het feit dat dit soort studies in de praktijk voor het oprapen liggen, mits men er oog voor heeft. Een onderzoeker weet hierbij gebruik te maken van de natuurlijke variatie die zo kenmerkend is voor de praktijk en formuleert op basis daarvan hypothesen die vervolgens te toetsen zijn. Op basis van situatie- of probleemanalyse voorspelt men dat deze interventie, met die frequentie en intensiteit tot die-en-die uitkomsten zal leiden. Zo wordt de effectclaim plausibel.

Voor sommige interventies is er geen alternatief. Een massamediale campagne ter voorkoming van kindermishandeling is bijvoorbeeld moeilijk met een experimenteel design te toetsen. Een goed uitgevoerde benchmarkstudie of goed theoriegestuurd onderzoek kan daarvoor het meest overtuigende bewijs leveren dat je kunt krijgen. De landelijke erkenningscommissies, zoals die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies, zien dit niveau dan ook als een waardevolle stap op de ladder (Zwikker e.a., 2015; zie ook [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)).

### Ontwikkelingsniveau 5: Sterke empirische aanwijzingen – werkzame interventies

Bij de (quasi-)experimentele studie gebruikt men een controlegroep om de causaliteit van een interventie aan te tonen. Deze controlegroep krijgt de interventie niet, vaak wel een ander hulpaanbod (thans gebruikelijke zorg, *treatment as usual* of *care as usual*), maar soms ook in het geheel geen hulp. Zonder die controlegroep is niet erg duidelijk te zien of positieve uitkomsten ook aan andere oorzaken zijn toe te schrijven. Met die controlegroep zijn deze ‘alternatieve verklaringen’ voor gevonden effecten te weerleggen. Met deze stap zitten we op niveau 5 van de effectladder. We noemden eerder in dit hoofdstuk al twee soorten controlegroepen: wel of niet door willekeurige toewijzing (loting) geformeerd. In quasi-experimenteel onderzoek vindt er geen willekeurige toewijzing plaats, maar maakt men gebruik van bestaande groepen. Bijvoorbeeld: in de ene leefgroep van een residentiële instelling voert men een vorm van competentiegericht werken in, terwijl men in een andere leefgroep de bestaande werkwijze handhaaft. Als daarentegen toeval bepaalt wie de te onderzoeken interventie ontvangt en wie niet is er sprake van ‘echt’ experimenteel onderzoek, men spreekt dan ook wel van een ‘*Randomized Controlled Trial*’ (RCT). Een dergelijk design sluit de meeste alternatieve verklaringen uit (zie Hoofdstuk 4 en 13). Ook herhaalde casestudy’s – ook wel N=1-studies geheten – kunnen krachtige resultaten opleveren. Hierbij worden individuele cliënten die in verschillende situaties dezelfde interventie krijgen nauwgezet gevolgd. Hoofdstuk 15 gaat hierop verder in.

Zoals in de vorige paragraaf gemeld, is goed uitgevoerd (quasi-)experimenteel onderzoek te plaatsten op ontwikkelingsniveau 5. Dat betekent dat men deze methode pas gebruikt als er voldoende indicaties zijn dat de interventie effect lijkt te hebben. De landelijke erkenningscommissie van in-



terventies (Zwikker e.a., 2015) stelt dat met name (quasi)experimenteel onderzoek, waarbij men ook kijkt naar de effecten na de interventie (de zogeheten follow-up), een zeer sterke bewijskracht heeft. Meestal is de follow-upperiode ten minste zes maanden na de beëindiging van de interventie. Een dergelijke opzet levert belangrijke informatie op. Vrijwel altijd is het doel van de interventie dat er nadien iets bij de doelgroep blijvend is veranderd. In ieder geval wil men dat het effect niet afhankelijk is van het contact van de cliënt en de uitvoerder van de interventie tijdens de uitvoering, maar dat ook na dat contact het effect aanwijsbaar is. Door hiernaar te gaan kijken, is de duurzaamheid van de effecten aan te tonen en zijn eventuele neveneffecten (zoals ontstane afhankelijkheid van de hulp) beter zichtbaar te maken. In Hoofdstuk 13 zullen we ook zien dat met een follow-up eventuele vertekeningen in de resultaatmetingen verder zijn uit te sluiten. Het uitvoeren van een follow-up is echter niet eenvoudig, het kost veel inspanning en de resultaten zijn soms moeilijk te interpreteren (zie ook Box 1.8). Daarom geldt hier bij uitstek dat men deze methode pas inzet als er al heel wat indicaties zijn dat de interventie de moeite waard is om met een follow-up te toetsen. Met een dergelijke toets neemt de bewijskracht dan verder toe. Dat geldt ook voor de  $N=1$ -studies met follow-up.

### Box 1.8

#### Is een follow-up niet een beetje veelgevraagd?

‘Toen ik in de jeugdzorg zat, werd er goed voor me gezorgd, maar daarna stond ik er weer alleen voor.’ Deze uitspraak komt van een jongere die op een congres geïnterviewd werd. De uitspraak geeft feitelijk twee dingen aan. In de eerste plaats is er kennelijk geen nazorg geregeld die een cliënt helpt het bereikte resultaat ook na de zorg vast te houden. Ten tweede is er tijdens de zorg wellicht te weinig aandacht geweest voor de vraag hoe de resultaten nadien te laten beklijven. Dit maakt duidelijk hoe nuttig het is om follow-uponderzoek te doen. Het laat niet alleen zien wat de effecten zijn aan het einde van de interventie, maar ook wat er van die effecten daarna overblijft. Er zijn allerlei invloeden – ook die weinig met de interventie te maken hebben – die ervoor kunnen zorgen dat een resultaat blijft staan of verloren gaat. Zo kan een jeugdige een nieuwe vriend krijgen die een positieve invloed heeft, verhuizen naar een betere buurt, met een scheiding van ouders geconfronteerd worden, een baan krijgen. Nog afgezien van het feit dat het lastig is cliënten na verloop van tijd op te sporen en tot medewerking te bewegen, maken al die invloeden het niet eenvoudig te bepalen of een blijvend of verloren resultaat het gevolg is van de interventie.

Maar niettemin kan de preventie en jeugdhulp veel leren van follow-upstudies als het gaat om de vraag hoe de interventie op langere termijn effectiever is te maken. Bijvoorbeeld door te kijken hoe jeugdigen (en hun ouders) tijdens de interventie op de beëindiging zijn voor te bereiden en ermee te oefenen, of door cliënten een ‘knipkaart’ te geven voor vier ‘opfriscontacten’ of ‘booster-sessies’. Ex-clieënten kunnen vaak goede tips geven over wat zou helpen de resultaten te bestendigen. Met die tips zijn de interventies veelal te verbeteren. Dat is toch niet te veel gevraagd? En zal alleen het feit dat een follow-upgesprek plaatsvindt door cliënten niet als een vorm van ‘nazorg’ worden gezien, vergelijkbaar met een poliklinische nacontrole na ontslag uit het ziekenhuis? En zou dit op zich, als interventie, niet effectief kunnen zijn? De vraag stellen is hem beantwoorden.



Voor de goede orde: zoals we al eerder opmerkten bepaalt de kwaliteit van de uitvoering van een studie op welk niveau van de effectladder de bewijskracht is te plaatsen. De hier besproken designs staan dus niet *per definitie* op niveau 5. Bij een erg slechte uitvoering zakken ze op de ladder. Een (quasi)experimentele opzet met veel uitval van cliënten in de experimentele groep, of waarbij slecht is onderzocht welke interventies de cliënten in de controleconditie kregen, levert bepaald geen sterk bewijs op.

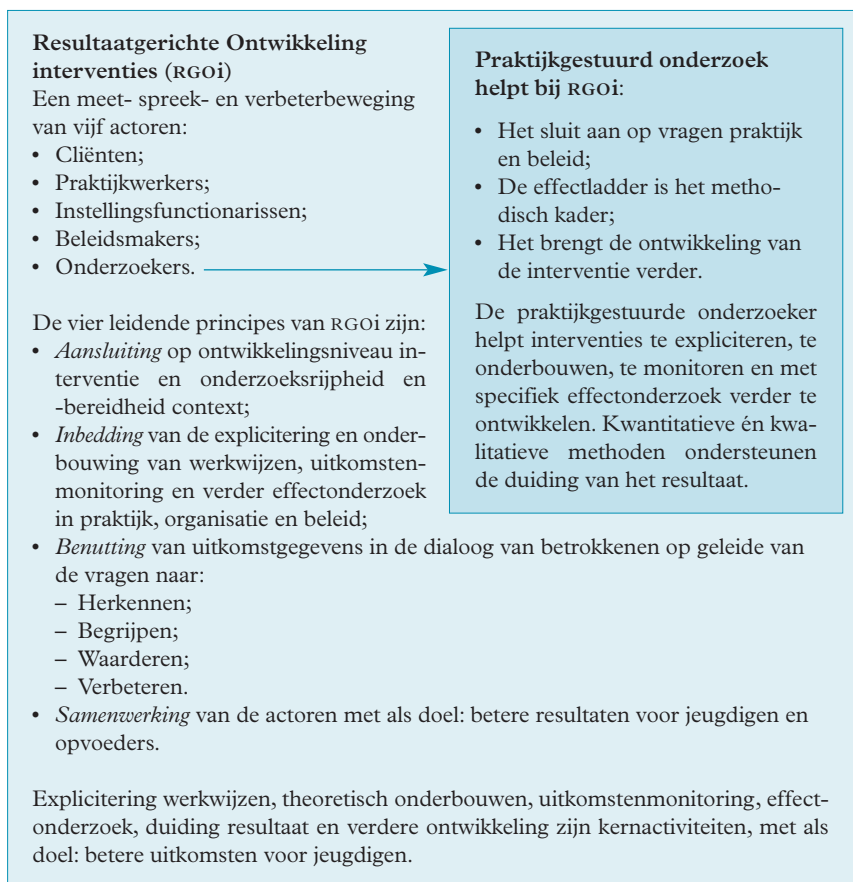
## 1.5 Tot slot

De effectiviteit van jeugdinterventies kan beter. Cliënten, praktijkwerkers, beleidsmakers, managers en onderzoekers zijn belangrijke actoren in de ontwikkeling van de effectiviteit van die interventies. Van belang daarbij is dat ze allemaal dezelfde kant opgaan: naar steeds betere resultaten voor jeugdigen en opvoeders. We spreken hier van de Resultaatgerichte Ontwikkeling van interventies, kortweg RGOi, als een brede meet-, spreek- en verbeterbeweging waarin de verschillende actoren een aandeel hebben. De explicitering van werkwijzen en de uitkomstenmonitoring in de praktijk is in het kader van RGOi in het belang van alle actoren. RGOi heeft daarbij vier leidende principes:

1. *Aansluiting*. Het ontwikkelingsniveau van de interventie bepaalt voor een belangrijk deel de te ondernemen activiteiten in de verbeterbeweging. Het heeft bijvoorbeeld geen zin een experimenteel onderzoek te doen bij interventies die nog niet voldoende geëxpliciteerd zijn. Evenmin heeft dit onderzoek zin in een context die hier nog niet rijp voor is.
2. *Inbedding*. Bij RGOi is het bepalen van het resultaat geen ‘ding’ van alleen de onderzoeker. Het is als een onlosmakelijk onderdeel ingebed in de professionele uitvoeringspraktijk, de kwaliteitscyclus van de instelling en het jeugdbeleid.
3. *Benutting*. De resultaatgegevens worden benut op uitvoeringsniveau (het primaire proces), en in de organisatie en van het beleid. Vier vragen staan daarin steeds centraal: Zijn de resultaten te plaatsen (herkennen)? Kunnen we ze verklaren (begrijpen)? Zijn de resultaten goed genoeg (waarderen)? Welke verbeteracties zijn nodig (verbetering)?
4. *Samenwerking*. Bij RGOi gaat het om een gezamenlijk zoekproces. Het samenspel tussen cliënten, praktijkwerkers, instellingen, beleidsmakers en onderzoekers is nodig om de effectiviteit van de sector steeds beter te maken.

De vier principes helpen bij het op gang brengen van een meet-, spreek- en verbeterbeweging. Explicitering van werkwijzen, theoretische onderbouwing van die werkwijzen, uitkomstenmonitoring en verder effectonderzoek vormen daarin een belangrijke basis. Onderzoekers dragen bij

via praktijkgestuurd onderzoek met methoden die aansluiten bij waar de praktijk staat en die de praktijk een stap verder helpen te komen. Het arsenaal aan methoden waar de onderzoeker over beschikt, hebben wij gekaderd in de zogeheten ‘effectladder’. Deze ladder biedt een overzicht van de ontwikkelingsniveaus waarop interventies kunnen staan en waar passende onderzoeksmethoden kunnen bijdragen om daar te komen. Op een minimumniveau zien we de specificatie van relevante elementen van een interventie als een eerste aanzet tot bewijsvoering. Het gaat hierbij om de specificatie van het doel van de interventie, de doelgroep, de werkzaam geachte elementen en de randvoorwaarden. Dit vormt lang nog geen bewijs, maar het is wel een eerste, voorwaardelijke stap. Zonder die stap is er geen uitspraak mogelijk over effectiviteit; het gaat immers altijd om de effectiviteit van ‘iets’. Een tweede niveau is bereikt als men een interventie met behulp van wetenschappelijke en/of klinische inzichten theoretisch weet te onderbouwen. Men formuleert dan een interventietheorie die aannemelijk maakt dat de interventie bij de beoogde doelgroep tot de gestelde doelen zal leiden. Naarmate die onderbouwing overtuigender is, komt een effectbewijs in zicht. Vanaf het derde niveau voert men empirische bewijskracht aan voor de effectiviteit. Op het derde niveau zelf bestaan deze bewijzen uit het aantonen dat gewenste veranderingen zijn bereikt, dat van tevoren gestelde doelen zijn gerealiseerd of dat cliënten achteraf een positief oordeel uitspreken over de ontvangen hulp. Als dit zo is, kan de interventie doeltreffend worden genoemd. Door het maken van zinvolle vergelijkingen binnen dit type onderzoek kan de bewijskracht nog verder toenemen, we komen dan weer een trede hoger op de effectladder. Op het vijfde en hoogste niveau is het sterkste bewijs geleverd dat de interventie en niets anders dan de interventie tot de gewenste uitkomsten geleid heeft. De interventie is dan werkzaam te noemen. Binnen elk niveau geldt dat de resultaten van praktijkgestuurd onderzoek een goede duiding nodig hebben. De vier vragen die in het benuttingsprincipe van RGOi centraal staan, komen ook hier aan de orde. Kwalitatief onderzoek dat op een methodische manier helpt om bij de verschillende actoren deze betekenisgevingen bloot te leggen, levert daarin een zinvolle bijdrage. Net als de kwantitatieve methoden horen ook deze kwalitatieve aanpakken in de gereedschapskist van het praktijkgestuurd onderzoek. Figuur 1.4 vat een en ander samen.

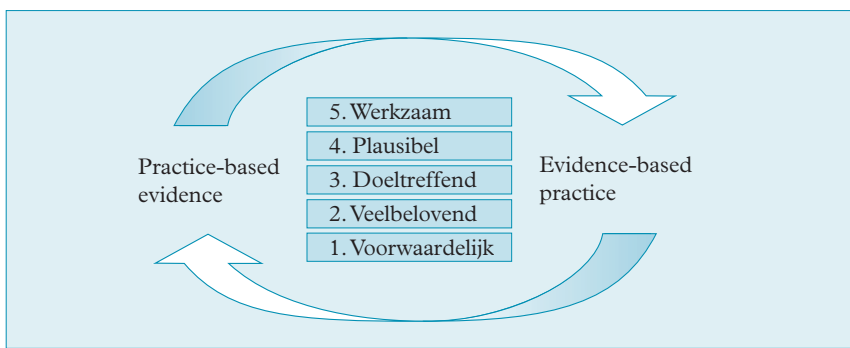


Figuur 1.4

## RGOi en praktijkgestuurd onderzoek – belangrijkste kenmerken

Het belang van de effectladder als methodisch kader voor het praktijkgestuurd onderzoek is dat het duidelijk maakt dat effectiviteit geen alles-of-nietsbegrip is, maar altijd in ontwikkeling is. Er zijn graden van zekerheid over de causale relatie tussen interventie en effect, die de bewijskracht steeds overtuigender maken. Vanuit een traditioneel-wetenschappelijk gezichtspunt geredeneerd wordt alleen het bereiken van het vijfde ontwikkelingsniveau als het ‘echte’ effectbewijs geaccepteerd. Wij vinden dit te beperkt en niet meer van deze tijd. Zonder meer stellen dat een interventie niet op niveau 5 onderzocht is en er dus niets over de effectiviteit te zeggen is, doet de realiteit van het werken met jeugdigen en hun gezinnen geweld aan en is ook niet stimulerend voor kwaliteitsverbetering. Met resultaatgerichte ontwikkeling van interventies en ondersteunend praktijkgestuurd onderzoek bij de verschillende ontwikkelingsstadia trachten we het gat tussen niets weten over de effectiviteit en de sterkste bewijsvoering voor causale effectrelaties te dichten. We pleiten voor onderzoek dat gegeven de aard van de interventie ‘goed genoeg’ is (Jacobs, 2003; zie ook de bijsluiters bij de effectladder in Box 1.3).

De effectladder geeft daarbij een beweging van practice-based evidence naar evidence-based practice aan, en omgekeerd. In Figuur 1.5 is de effectladder geplaatst binnen de genoemde twee bewegingen en symboliseert deze ladder het verkeer tussen deze twee kennisbronnen: die van de praktijk en de wetenschap. Zo ontstaat er een productieve wisselwerking tussen de praktijk en de collectief beschikbare kennis (zie ook Hutschemackers, 2010; Van Yperen, 2013). Bottom-up-gegroeide interventies die succesvol lijken, worden in stappen geëxpliciteerd en zijn landelijk te verspreiden als voorbeelden van goede praktijk. Door de interventies te analyseren op wat werkt, ontstaat er kennis die weer verder is mee te nemen in de doorontwikkeling van die praktijk, et cetera.



Figuur 1.5

De effectladder als methodisch kader voor praktijkgestuurd onderzoek in RGOI

De treden op de effectladder en de plaatsing binnen de beweging van practice-based evidence naar evidence-based practice verhelderen ook de communicatie; er ontstaat ten aanzien van effecten een eenheid van taal. Praktijkwerkers kunnen met onderzoekers afspreken op welk niveau van de effectladder men onderzoek wil doen. Zoals we eerder aangaven is het vanuit praktijkperspectief niet altijd nodig om naar de hoogste sport te klimmen; van belang is of het onderzoek op een bepaald niveau voldoende heeft opgeleverd om de interventie verder bij te stellen en daarmee (nog) beter te maken. Men gaat alleen een trede hoger als dat voor de verbetering van het resultaat van de interventie bruikbare kennis oplevert. Verder is de trede die men nastreeft ook een kwestie van keuzes die men zelf maakt, of die landelijke en lokale overheden of financiers maken. Beleidsfunctionarissen van deze overheden of financiers kunnen met de effectladder in de hand aangeven welk niveau van effect ze beogen: bedoelt men met de wens om alleen interventies met bewezen effectiviteit te willen stimuleren en te financieren ook echt het niveau ‘werkzaam’? Of is ‘plausibel’ en ‘doeltreffend’ of wellicht ‘veelbelovend’ voorlopig voldoende als de *state of the art* niet verder reikt? Wij menen dat voor de meeste interventies in de praktijk minstens het niveau ‘doeltreffend’ gevraagd mag worden. Dit is ook het niveau waarop momenteel veel ontwikkelingen zichtbaar zijn, onder meer op het gebied van het meten van doelrealisatie, het meten van cliënttevredenheid en het inzetten van meetinstrumenten voor routinematige uitkomstenmonito-

ring (De Beurs, Barendregt & Warmerdam, 2017; Zitman, 2007; Buwalda, Nugter e.a., 2013; Van Hees, Van der Vlist & Mulder, 2011; Van Yperen e.a., 2014). Wel is het zo dat hiervoor nog het nodige werk op de onderliggende niveaus plaats dient te vinden. In dit handboek zal daarom vooral de onderbouwing op niveau 2 en de uitkomstenmonitoring op ontwikkelingsniveau 3 en 4 centraal staan, met af en toe een uitstapje naar het voorafgaande niveau of naar de volgende niveaus.

Figuur 1.5 symboliseert nog iets anders. De ontwikkeling van interventies houdt namelijk nooit op. Het gaat om een continue verbetercyclus. De opgedane kennis is te gebruiken om het aanbod beter te maken: hoe is een middelgroot tot groot effect te bereiken tegen zo min mogelijke kosten? Welke werkzame factoren zijn beter te benutten en welke elementen zijn weg te laten? Is de opgedane kennis te gebruiken om groepen waarvoor nog geen goede interventies zijn beter te bedienen? Via de ladder kan men bij sterke bewijskracht komen. Daarna is het tijd om de volgende slag te maken voor weer een nieuwe generatie van interventies: voor (nog) sneller en beter effect tegen (nog) lagere kosten.

Ten slotte: het is niet onaannemelijk dat alleen al het doen van onderzoek naar de effectiviteit van de zorg diezelfde zorg ten goede komt. De Amerikaanse psychiater Rashkis wees hier meer dan vijftig jaar geleden al op (Rashkis, 1960). Hieruit kunnen we het volgende advies destilleren aan praktijkwerkers, instellingen, beleidsmakers en onderzoekers die de effectiviteit van de preventie en jeugdhulp op een resultaatgerichte manier willen onderbouwen: zet met elkaar in op een beweging van meten, spreken en verbeteren!

---

Tom van Yperen, Jan Willem Veerman en Bas Bijl (red.)

## ZICHT OP EFFECTIVITEIT

Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector

Nieuwe, volledig herziene en geactualiseerde editie

De jeugdhulp bestaat uit een veelheid aan personen en instanties die allemaal hun best doen om een goed aanbod te verzorgen. Er is echter dringend behoefte aan methoden om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van de hulp en van de preventie.

*Zicht op effectiviteit* biedt een uitstekend kader om in die behoefte te voorzien. Dit handboek introduceert de Resultaatgerichte Ontwikkeling van interventies, kortweg RGOi genoemd: een methode waarmee cliënten, praktijkwerkers, kwaliteitsmanagers en bestuurders optimaal kunnen werken en samenwerken, elk in hun eigen rol. Het gezamenlijke doel is immers: betere resultaten boeken voor jeugdigen en opvoeders.

*Zicht op effectiviteit* is opgenomen in de 'Canon Zorg voor de Jeugd' en wordt volop gebruikt op uiteenlopende opleidingen. Deze uitgebreide en geactualiseerde editie biedt nieuwe inzichten en handreikingen en bespreekt discussiepunten over de ontwikkeling van interventies. Een onmisbaar boek voor praktijkwerkers, managers, wetenschappers en opleiders.

Tom van Yperen is expert jeugdstelsel bij het Nederlands Jeugdinstituut en bijzonder hoogleraar Monitoring en Innovatie Zorg voor Jeugd aan de Rijksuniversiteit Groningen. Jan Willem Veerman is emeritus hoogleraar Speciale Kinder- en Jeugdzorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen en voormalig directeur van Praktikon, een organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in de jeugdzorg. Bas Bijl is kinderen jeugdpsycholoog en kennismanager bij zorginstelling 's Heeren Loo Zorggroep. De drie auteurs zijn medeoprichters van het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland: [www.sejn.nl](http://www.sejn.nl).

Lemniscaat 8 Rotterdam

